MINISTÉRIO
DA
SAÚDE
VII
CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE
BRASÍLIA
24 A 28 DE
MARÇO
DE 1980

SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

ANAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE 1980

Ministério da Saúde

Ministro de Estado e Presidente da 7.ª Conferência Nacional de Saúde:
Waldyr Mendes Arcoverde

Secretário-Geral: Mozart de Abreu e Lima

7.ª Conferência Nacional de Saúde

Comissão Organizadora

Presidente: Bertoldo Kruse Grande de Arruda
Vice-Presidente: Fernando Vasconcellos Theophilo
Relator-Geral: Ernani Paiva Ferreira Braga

Comitê Executivo

Secretário: Amaro Luiz Alves
Adjunto: Ana Maria Figueiredo Muylaert
Tesoureiro: Helvécio Leal Santos
Membros: Maria Apparecida Nogueira
Clóvis Emílio Falcão Habibe
Fernando Alberto Freire
Judith Feitoza de Carvalho
Sebastião Eduardo do Lago Cruz

Comissão de Publicação dos Anais

Presidente: Orlando Ribeiro Gonçalves
Membros: Raimundo Teles Pontes
Judith Feitoza de Carvalho
Clóvis Emilio Falcão Habibe
Antonio Agenor Briquet de Lemos

Local de Realização: Palácio Itamaraty, Brasília, DF
Assessoria e Infra-Estrutura: Departamento de Congressos da Fundação Visconde de Cabo Frio

Anais da
7ª Conferência Nacional de Saúde

A Comissão de Publicação dos **Anais da 7.ª Conferência Nacional de Saúde** registra e agradece a valiosa colaboração recebida do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, através de sua Divisão de Gráfica, assumiu integralmente os encargos de impressão deste volume e os ônus financeiros decorrentes.

Conferência Nacional de Saúde, 7 . , Brasília, 1980.

Anais da 7.ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília,

Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

280 p.

CDU 614 (81) (061.3)

ANAIS DA 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Brasília, 24 a 28 de março de 1980

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1980

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

AS CONFERÊNCIAS PRECEDENTES

A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o então Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu, nos termos do seu art. 90, a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação. O propósito da medida foi o de "facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais". O mesmo diploma legal (art. 90, parágrafo único) estabeleceu que as conferências seriam convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos. Só em 1941, no entanto, através do Decreto n.º 6. 788, de 30 de janeiro daquele ano, foram convocadas, pela primeira vez, as aludidas conferências, prevista a realização da Conferência Nacional de Educação para o primeiro semestre de 1941, após a qual deveria efetuar-se a de Saúde. O Decreto n.º 7. 196, de 19-5-41, adiou para a segunda quinzena de setembro daquele ano as duas conferências, vindo a realizar-se a 1.ª Conferência Nacional de Saúde no período de 10 a 15 de novembro de 1941, de conformidade com as datas estabelecidas no Decreto nº 8.090, de 22-10-41.

Notícia detalhada sobre o evento é encontrada na exposição apresentada ao então Ministro Gustavo Capanema pelo Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, à época o Dr. João de Barros Barreto, publicada pela Imprensa Nacional, em 1942, sob o título **As Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde.**

O temário da 1.ª Conferência Nacional de Saúde envolveu especialmente assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. Tendo em vista os propósitos inspiradores da instituição dessas reuniões, a 1.ª Conferência Nacional de Saúde foi precedida do encaminhamento de extenso questionário aos governos estaduais, focalizando a problemática local relacionada aos temas da conferência e cujas respostas deveriam contribuir para a fundamentação mais realística das resoluções finais do conclave, dentre as quais cabe ressaltar aquelas que recomendam:

a) a instituição de um código sanitário, a vigorar em todo o território nacional;

b) a criação de carreiras para os técnicos dos serviços de saúde, com ênfase na de médico sanitarista, vinculado a regime de trabalho em tempo integral;

c) a regionalização da organização estadual de saúde;

d) a intensificação da política de imunização pelo BCG;

e) a ampliação das atividades de educação sanitária, dando preferência aos aspectos ligados à proteção da criança, à alimentação pública e ao controle da tuberculose;

f) conseguir dos municípios a realiza-

ção de obras de saneamento básico, de preferência a outros melhoramentos urbanos;

g) a obrigatoriedade da instituição, nos estados, de serviço de bioestatística e epidemiologia.

A 2.ª Conferência realizou-se em 1950 (de 21 de novembro a 2 de dezembro), no Rio de Janeiro, sendo titular da pasta da Educação e Saúde o Ministro Pedro Calmon, e Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde o Dr. Heitor Praguer Fróes. O discurso por este proferido, por ocasião da abertura da 2.ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltou a preocupação de levar às autoridades superiores os "pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do País", para o "estudo de orientação mais satisfatória e de normas suscetíveis de emprestar maior uniformidade à resolução dos problemas de saúde brasileiros."

De 9 a 14 de setembro de 1963, no Rio de Janeiro, teve lugar a 3.ª Conferência Nacional de Saúde, primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, ocorrida em 1953, nos termos da Lei n.º 1.920, de 25-7-53. Era então Ministro da Saúde o Dr. Wilson Fadul. O temário oficial compreendia quatro itens:

1) Situação sanitária da população brasileira: apreciação geral do problema.

2) Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.

3) Municipalização dos serviços de saúde.

4) Fixação de um plano nacional de saúde.

Dentre as resoluções da 3.ª Conferência, cabe destacar as que recomendam:

a) a integração dos programas de saúde pública no programa global de desenvolvimento;

b) a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias;

c) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam nesse setor e expandir a indústria químico-farmacêutica nacional;

materno-infantil, o sistema de vigilância epi-

d) conferir ao programa de pesquisa a necessária importância no diagnóstico dos problemas peculiares à nosologia brasileira.

Particularmente, merecem menção, por sua atualidade, as recomendações alusivas ao tema 3, Municipalização dos Serviços de Saúde: "Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país; os serviços de saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta, na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um; os serviços de saúde dos municípios terão, no mínimo, as seguintes atividades:

a) medidas elementares de saneamento do meio;

b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;

c) imunização contra as doenças transmissíveis;

d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;

e) programas de proteção à maternidade e infância;

f) educação sanitária;

g) levantamento dos dados de estatística vital."

A 4.ª Conferência foi realizada de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro, sendo Ministro da Saúde o Dr. Leonel Miranda. O tema central da conferência versou sobre Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. O Relator-Geral da Conferência, o saudoso Prof. Manoel Ferreira, reconhecia que "a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do País, em virtude da estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos".

A 5.ª e a 6.ª Conferências foram realizadas na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado, ambas tendo lugar em Brasília, respectivamente, em 1975 (5 a 8 de agosto) e 1977 (1 a 5 de agosto). Os cinco temas oficiais da 5.ª Conferência focalizaram o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. O temário da 6.ª Conferência abordou

a situação do controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde.

A documentação alusiva à 4.ª, à 5.ª e à 6.ª conferências encontra-se publicada, sob a forma de anais, editados pelo Ministério da Saúde.

A 7.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 7.ª Conferência, convocada pelo Decreto n.º 84. 106, de 20 de setembro de 1979, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, João Baptista de Oliveira Figueiredo, ás 14 h 30 min do dia 24 de março de 1980, no Palácio Itamaraty, em Brasília, com a presença dos ministros das Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, dos presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, do Governador do Distrito Federal, bem como do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. Estiveram também presentes á cerimônia de abertura o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Representante da Área V desse órgão, no Brasil, representantes dos demais ministros que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social e outras autoridades, tanto do setor saúde, quanto dos setores afins.

A convocação da 7.ª Conferência Nacional de Saúde teve par finalidade promover o debate amplo de temas relacionados a implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (**PREV-SAÚDE**), sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento.

Em conseqüência, ficou decidido que a

Conferência teria um tema único e central – **EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVES DOS SERVIÇOS BÁSICOS** – com os seguintes subtemas:

I . Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.

2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde – o PLANASA e o Saneamento Simplificado.

3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.

4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.

5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.

6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.

7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.

8. Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.

9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.

10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.

11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

Participaram dos trabalhos:

I) Corno delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados.

II) Outros funcionários designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

III) Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV) Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas.

V) Secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos territórios, e outras autoridades da área de saúde das unidades da Federação, especialmente designadas.

VI) Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades paraestatais.

VII) Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada.

VIII) Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

IX) Representantes de organismos internacionais de saúde.

X) Representantes do clero.

Ao todo, estiveram presentes cerca de 400 participantes, distribuídos em 16 grupos de debates, de conformidade com o subtema escolhido no ato de inscrição

DISCURSOS PRONUNCIADOS NA CERIMÔNIA DE ABERTURA

UM NOVO CAMINHO PARA A SAÚDE

WALDYR MENDES ARCOVERDE
Ministro de Estado da Saúde

O Brasil vive uma intensa fase de construção afirmou recentemente Vossa Excelência (1), Presidente João Figueiredo. De construção no campo político, em sintonia com os anseios maiores da Nação brasileira. De construção no campo econômico, para criar e distribuir a riqueza de maneira mais eqüitativa. De construção no campo social, na busca de novas padrões de convivência mais solidária e justa, a fim de propiciar condições dignas de vida a cada cidadão.

E esse ideário expresso por Vossa Excelência representa um constante desafio porque encerra dificuldades e exige sacrifícios. Porém e um ideário que reflete a luta pelas condições necessárias a um autêntico desenvolvimento, aquele desenvolvimento que nasce da autodeterminação. De um desenvolvimento que, ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegura também a humanização do homem ao favorecer o gozo de seus direitos de expressão, de criação e de decisão sobre seu próprio destino.

Estes, em suma, os fundamentos para concretização do propósito inabalável de Vossa Excelência, "de manter efetivas e estáveis as formas de participação democrática e construir a paz e a prosperidade".

Dentro dessa visão realista identifica-se o homem como objetivo fundamental, onde a saúde não e simplesmente uma condição desejável em si mesma, mas um requisito indispensável para o desenvolvimento economico-social. E ao setor saúde, como parte do setor social, cabe o cumprimento de funções transcendentais, que contribuem para elevar o nível de vida e aumentar as oportunidades econômicas para toda a população.

Assim, vem ganhando aceitação nos últimos decênios o conceito intersetorial de saúde, inclusive admitindo-se que os gastos no setor constituem investimento de elevada rentabilidade social.

Esse enfoque, a nosso ver, influenciou marcantemente as modificações introduzidas nas formas de realizar a prestação de serviços de saúde, preconizando-se modelos de atendimento que respondam a uma realidade social, econômica, cultural e ecológica.

E essa nova conceituação deriva, sem dúvida, das observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos, pais a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe. Dai o difícil problema de proporcionar, efetivamente, a quantidade e qualidade da atenção medica que a população merece, necessita, solicita e exige.

Diante desse panorama inquietante, o conceito de atenção primaria da saúde e a resposta mais promissora ate hoje apresentada. Dela, o mérito maior creditamos a Vossa Excelência, Dr. Halfdan Mahler (2), ao empreender a renovação dos objetivos e da programação da Organização Mundial da Saúde, propondo o rompimento das posturas tradicionais, que se limitavam a conceber o setor saúde como espectador das ações que se desenvolviam nos demais campos, sofrendo, então, os reflexos do que de negativo ali ocorresse.

Na sua percepção, em sendo "a saúde, provavelmente, a aspiração social menos controvertida do ponto de vista político, pode ser utilizada como terreno neutro para promover

o diálogo sobre questões de desenvolvimento ” e “criar o clima político e os mecanismos necessários para um verdadeiro diálogo entre os dirigentes políticos e os interesses sociais”.

E no clamor por uma revolução social na saúde pública, advoga Vossa Excelência que "temos que romper as cadeias que nos fazem depender de uma tecnologia de saúde de utilidade social discutível e excessivamente complexa e custosa, desenvolvendo outro tipo de tecnologia mais adequada, que esteja tecnicamente bem fundamentada, resulte aceitável culturalmente e seja factível do ponto de vista financeiro”.

No entanto, a decisão quanto a introdução de métodos que correspondam a esses objetivos e a um presa que a sociedade possa pagar, mesmo que estejam consagrados esses métodos e meios, nem sempre e fácil.

Requer coragem e determinação, em especial quando procuramos soluções mais econômicas para distribuir uniformemente os escassos recursos.

Requer inovação e não imitação, uma vez que inovar não e só criar, e igualmente adaptar para fazer o melhor uso possível dos recursos existentes.

Requer a conscientização do pessoal em torno de uma unidade de doutrina e de ação, incorporando uma atitude mental que não se pode impor por decreto, pois dependerá da formação, da definição de funções, do interesse e da satisfação no trabalho e da comunicação entre os diferentes níveis.

Requer a adoção de uma nova abordagem tecnológica, eminentemente humana e realista, que não seja a mera transposição cultural de conhecimentos e técnicas que pertencem a outras realidades.

Requer participação e não imposição, para que os membros da comunidade cooperem consciente, crítica e continuamente para logro dos objetivos comuns.

Requer a eliminação, por superadas, das barreiras entre ações preventivas e curativas da saúde, entre o individual e o coletivo, visualizando a atenção primaria como “o mundo da enfermidade que começa e também da que ainda não começou”.

Requer a concessão oportuna e suficiente de recursos financeiros, na certeza de que a inversão em saúde é lucrativa, mas nenhuma inversão pode ser feita se não se conta com dinheiro para inverter.

Requer o comprometimento político, defendido por Mahler (3), “de reorientar o desenvolvimento, de aumentar os recursos destinados a maioria mal atendida, de racionalizar o sistema de saúde para, em vez de despender numa tecnologia de mais alto custo, dedicar maiores recursos a assistência básica para todos”.

Requer, finalmente, o desencadeamento de um processo de mudança, nas instituições e em particular nos indivíduos, para que estes assumam o papel de indutores e propulsores de tais mudanças, a fim de que se concretizem no sentido de melhor bem-estar das comunidades, em suma, das aspirações do seu próprio desenvolvimento.

Para tanto, e preciso que nos habitue-mos a falar uma linguagem comum, a recorrer a realidade dos fatos e na vivência dos problemas encontrar soluções satisfatórias.

No Governo João Figueiredo, as respostas adequadas para esses desafios se consubstanciam nas diretrizes setoriais estabelecidas. Em relação ao Sistema Nacional de Saúde, a tarefa a que nos propomos, em estreito e perfeito entendimento com os demais setores integrantes, e regulamenta-lo com vistas a uma melhor utilização e maior produtividade dos recursos, e a um continuo aperfeiçoamento e uniformidade dos procedimentos administrativos e técnicos, promovidos dentro de um conjunto institucional em que cada organismo mantém sua autonomia, porém aceita, ao mesmo tempo, submeter-se a certas normas e regras comuns em beneficio da comunidade a que deseja servir. Estas são as recomendações dos especialistas, esboçando uma integração funcional, embora não necessariamente administrativa, onde cada um dos ministérios e órgãos estaduais e municipais conserva sua individualidade institucional, mas aceitando o planejamento, a execução e a avaliação coordenada dos programas, com a característica de inter-relação operativa entre todos os estabelecimentos, dos mais simples aos mais complexos, e mutuamente se apoiando e complementando.

Entendemos imprescindível uma articulação crescente com as demais instituições e agentes do setor social e da sociedade como

um todo. Vale destacar o dialogo franco, construtivo e permanente que vem sendo mantido com o Ministério da Previdência e Assistência Social, ratificando posições reiteradamente afirmadas pelo Senhor Ministro Jair Soares.

Acreditamos que a estratégia objeto de discussão nesta Conferencia reflete o enfoque social, humano e pragmático que se deseja, e de expressão real das relações intersetoriais de saúde, porque:

- é politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente das classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores;

- é economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com os recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais;

- é tecnicamente exeqüível, ao utilizar uma tecnologia moderna sem aderir ao convencionalismo de restringir aos profissionais a responsabilidade de ministrar as formas mais simples de atendimento de saúde;

- é socialmente desejável ao estender os benefícios a maioria, respeitando a cultura e a tradição.

Os marcos referenciais da programação consagram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, de caráter interministerial, como programa axial e nuclear das ações de saúde do governo e sua implementação formalizará o inicio da implantação do Sistema Nacional de Saúde.

Estamos, sem sombra de dúvida, vivenciando uma etapa histórica da saúde publica brasileira. Aqui, nesta Conferência, entregamos para apreciação e debate a programação delineada, sem a pretensão de ter esgotado o conhecimento disponível a respeito. Outrossim, porque ha sempre uma margem relativamente significativa de expectativas não satisfeitas. É nossa intenção explorá-las e aproveitar o aporte que resultará de análise e discussão da documentação oferecida.

Nem desejamos repetir os problemas que afligem a população brasileira, no mosaico de situações socio-econômicas que configura o quadro nosológico. São do vosso conhecimento, do mesmo modo que as desigualdades regionais e as desigualdades de renda dentro da população.

O que importa e descobrir um novo caminho para o nosso labor no campo de saúde, inserido no balizamento do nosso processo de desenvolvimento, empregando soluções praticas e que não retratem, coma aconselha Hector Acuña (4), “situações velhas com adornos ou roupagens novas, dependência absoluta dentro de melhores níveis de vida”.

Senhores participantes: e tempo de construir.

Sabemos que a tarefa não será fácil. Por isso confiamos ao vosso descortino e a vossa experiência os lineamentos dessa nova sistemática de trabalho de responsabilidade conjunta, com uniformidade de orientação e convergência de esforços. Dai a razão desta Conferência, que sem a vossa presença não se justificaria.

Sinceramente agradecidos pela acolhida a convocação do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, esperamos uma efetiva, franca, serena e objetiva contribuição de todos para a edificação, como somatório as grandes construções do Governo João Figueiredo, de uma nova política de saúde capaz de sensibilizar os governantes a exortação do famoso Disraeli, de que “a saúde de um povo constitui, realmente, a base de sua felicidade e de seu poder como Estado”.

REFERÊNCIAS

1. **FIGUEIREDO**, João Baptista de Oliveira. Discurso pronunciado no banquete oferecido ao Presidente da Venezuela, Dr. Luis Herrera Campins. Caracas, 7 de novembro de 1979.

2. **NECESIDAD** de una revolución social en la salud de la comunidad. Crónica de la OMS 31 (7) 283-289, jul. 1977.

3. **MAHLER**. H. La salud y el desarrollo socioeconómico. Crónica de la OMS 33 (9) 359-361, sept. 1979.

4. **ACUÑA**, Hector R. Nota editorial. Educación Medica y Salud 10 (2):103-108, 1976.

DISCURSO DE HALFDAN T. MAHLER
DIRETOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE*

Há pouco mais de dois anos tive a honra de dialogar com meus colegas do Ministério da Saúde do Brasil. Foi precisamente aqui em Brasília e, naquela ocasião, nosso tema foi a Atenção Primária de Saúde.

Disse, então, que era ofensivo e inaceitável que enquanto em uma parte do mundo ou de um país havia gente que morria jovem, em outras partes outras gentes podiam ver seus netos crescer e desenvolver-se. Disse que era ofensivo e inaceitável que em uma parte de uma cidade fossem comuns doenças por deficiência nutricional enquanto em outras houvesse gente preocupada por comer demasiado. Disse que era ofensivo e inaceitável que, apesar dos grandes avanços logrados pela ciência e pela tecnologia, havia ainda no mundo mais de 500 milhões de seres humanos com renda equivalente a menos de 50 dó1ares por ano.

Não obstante, naquela mesma oportunidade mencionei que a adaptação do homem a tão ampla variedade de ambientes físicos era uma prova da sua capacidade de mudança e que, como as presentes injustiças, internacionais ou a nível dos países, não se deviam a constantes bio1ógicas ou ambientais, não eram, de maneira nenhuma, imutáveis. A mudança, em todos os âmbitos e afazeres do homem é, portanto, uma condição **sine qua non** da sobrevivência do ser humano no mundo de hoje.

Desde aquele dialogo até esta solene cerimônia de abertura da 7.ª Conferência Nacional de Saúde – hoje realçada pela presença do Excelentíssimo Senhor Presidente da República – tem ocorrido alguns fatos importantes orientados no sentido de corrigir as injustas diferenças existentes e iniciar o processo de mudança que consiste em alcançar, para todos os povos do mundo, um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Basta mencionar a Conferência Internacional sobre Atenção Primaria de Saúde, em setembro de 1978, e a aprovação por parte da 32.ª Assembléia Mundial da Saúde dos princípios de orientação para a formulação de estratégias de saúde que permitirão aos países, individual e coletivamente, alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2000.

Tanto o tema central desta Conferencia Nacional de Saúde como os pontos que serão discutidos nos grupos de trabalho correspondem plenamente aos objetivos e meios que os paises do mundo acordaram por consenso em Alma-Ata e em sua Organização Mundial da Saúde. Esta Conferência, que se convoca regularmente a cada dois anos e que reúne profissionais, trabalhadores da saúde, autoridades e representantes de outros setores, constitui uma agora ideal para o estudo e debate dos métodos e dos meios através dos quais este grande país cumprirá com sua obrigação de cuidar e melhorar a saúde do povo brasileiro, ao mesmo tempo em que contribuirá solidariamente para o esforço mundial a que todos os paises se propuseram.

No processo de formular suas estratégias de saúde, os paises devem ter em conta cer-

---

* Original em espanhol.

tos princípios básicos, sobre os quais existe também um consenso -mundial.

Desenvolver a atenção primaria de saúde como elemento-chave para reorientar os sistemas de saúde e para alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2000 e um grande esforço cuja responsabilidade e deve ser sempre nacional. Se bem que a Declaração de Alma-Ata e as resoluções a respeito, aprovadas pelos paises em sua Organização Mundial da Saúde, representam uma manifestação histórica e coletiva de vontade política, corresponde a cada pais, individualmente, traduzir em decisão e ação nacionais tal vontade coletiva. As decisões políticas dos governos – isto é, dos governos como um todo e não só do setor saúde ou dos ministérios da saúde – devem traduzir-se em processos que comprometam, desde suas etapas iniciais, todos os setores econômicos e sociais mais relacionados com a problemática de saúde assim como todos os níveis da estrutura politico-administrativa nacional. O Brasil é um país de extensão quase continental onde, apesar de um extraordinário desenvolvimento no campo dos transportes e meios de comunicação, ainda existem grandes distâncias para vencer. Conta com uma população que hoje ultrapassa os 120 milhões de habitantes. Tem um sistema federativo onde os governos dos estados desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento e aplicação de qualquer tipo de ação econômica ou social.

O Brasil é um país onde a diversidade institucional dificulta, talvez, o funcionamento dos necessários mecanismos de coordenação tanto intersetorial como intra-setorial. Todos esses fatos fazem deste grande país um extraordinário e riquíssimo campo de ação, do qual, sem dúvida, podem e deverão surgir valiosas experiências para benefício de muitos outros paises no mundo. Na medida em que o Brasil possa alcançar seus objetivos nacionais de desenvolvimento, aplicando suas políticas e estratégias de saúde e os programas concretos que as traduzam na prática, e na medida em que isso ocorre dentro dos fatores de realidade antes mencionados.

O Brasil pode fazer de sua experiência uma demonstração confiável e palpável de que a meta social de saúde para todos não e somente um lema, mas também uma meta factível quando esta presente uma firme decisão política do governo.

A atenção primária de saúde não poderá desenvolver-se, dentro do seu correto marco conceitual e operativo definido em Alma-Ata, sem a participação real e efetiva de outros setores. Do mesmo modo, a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada com a ação isolada e independente do setor saúde. Sempre se requerirá, alem da vontade política do governo como um todo, o esforço permanentemente coordenado dos setores econômicos e sociais. Esta imprescindível coordenação intersetorial devera começar a nível das políticas nacionais de desenvolvimento e da harmonização e mútuo apoio entre as políticas setoriais.

No Brasil, a existência de um Conselho de Desenvolvimento Social, presidido pelo próprio Presidente da República, assegura de muitas formas a participação dos setores mais importantes vinculados a saúde e ao desenvolvimento social em geral, no mais alto nível político. Um Conselho Nacional de Saúde, aberto a representação de outros setores, pode completar o mecanismo de coordenação intersetorial, pelo menos a nível federal. Não escapará aos presentes nesta Conferência Nacional de Saúde a necessidade de fortalecer e dinamizar os correspondentes mecanismos a nível dos estados e dos municípios ou de criar aqueles mecanismos que façam falta.

A atenção primária de saúde pode desvirtuar-se desde seus passos iniciais ou pode degenerar no caminho de seu desenvolvimento e progressiva expansão. Este e um perigo presente e de cuja existência há que se ter plena consciência. Em meu discurso perante a 32.ª Assembléia Mundial da Saúde fiz referência a esta situação. Apesar de serem muito claros os marcos conceituais e operativos que os paises tem adotado para a atenção primaria de saúde, sua tradução em estratégias e em ações concretas pode não ser consistente e conseqüente. Disse nessa oportunidade que a atenção primaria de saúde não deve ser – nunca – mal interpretada e confundida com uma atenção primitiva, de segunda ou de terceira classe, para os pobres das zonas urbanas e as populações rurais. Pelo contrario, deve ser sempre considerada como o ponto de primeiro contato entre o sistema de saúde e

a comunidade local e como a porta de entrada universal – isto e, para todos os grupos da população – para outros níveis do sistema de saúde. Em conseqüência, não pode nem deve ser um programa paralelo e independente do sistema de saúde, mas uma parte perfeitamente integrada do mesmo, ao qual remete todos os que não é capaz de atender e do qual recebe permanente apoio.

A Declaração de Alma-Ata especifica os elementos essenciais mínimos da atenção primária de saúde e alguns deles – o saneamento básico e a habitação, incluindo o abastecimento adequado de água potável; a alimentação e nutrição apropriadas; a assistência materno-infantil; a luta contra as doenças transmissíveis incluindo imunizações e outros meios de prevenção; o tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais – serão discutidos pelos grupos de trabalho desta Conferência. Ao mesmo tempo, vejo que outros grupos de trabalho se concentrarão no estudo do apoio técnico, administrativo e logístico que a atenção primária de saúde deve receber dos demais níveis do sistema de saúde.

Mencionei antes que é indispensável uma vontade política nacional. Esta implica em dois elementos que se complementam e reforçam mutuamente: por um lado, a vontade e decisão políticas do governo, como um todo e em todos os níveis, e, por outro, a vontade e decisão da comunidade de participar como principais atores e não só como objetos receptores da atenção primária de saúde. É evidente que a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada jamais se não se contar com uma ativa, livre e consciente participação popular. Em todos os níveis. Utilizando todos os mecanismos e processos formais e informais. E dando aos indivíduos, as famílias e as comunidades locais crescentes responsabilidades no cuidado de sua saúde, por eles mesmos e através de todos os níveis do sistema de saúde.

A Declaração de Alma-Ata considera, como um dos componentes essenciais mínimos da atenção primária de saúde, a educação do povo sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes. Este componente representa muitíssimo mais que o tradicional conteúdo da educação convencional para a saúde. Um dos pontos que esta Conferência irá discutir nos grupos de trabalho e precisamente o da mobilização da comunidade, para a tomada de consciência de suas próprias responsabilidades, assim como para sua participação solidária na seleção dos recursos que seja preciso mobilizar e na identificação das prioridades.

Há outro ponto que merece especial consideração. Ainda mais quando hoje estão conosco as máximas autoridades governamentais do Brasil. O correto desenvolvimento e a gradual expansão da atenção primaria de saúde e o alcance da meta social de saúde para todos exigirão um extraordinário esforço financeiro. Não somente será necessário traduz vontade e decisão políticas do governo em algo tão concreto e difícil como a progressiva realocação de recursos financeiros e a reorientação dos gastos em saúde do centra para a periferia social. É imprescindível também um incremento da atual alocação para o setor saúde. Isso e necessário principalmente nas etapas iniciais e para os pontos críticos que garantam que a atenção primária de saúde não se desvirtue nem degenere. Uma análise seria e objetiva dos gastos em saúde, a luz das políticas de saúde e dos marcos conceituais e operativos da atenção primária, e um passo inicial includível no processo de formulação de estratégias que possibilitem alcançar os objetivos e metas a que os paises se propuseram alcançar nos dois próximos decênios.

Em conclusão, permitam-me que repita as mesmas perguntas que formulei aos participantes da Conferência de Alma-Ata:

1. Os senhores estão dispostos a defrontar seriamente o abismo que separa os “privilegiados” dos “despossuídos” em matéria de saúde e a adotar medidas concretas para reduzi-lo?

2. Os senhores estão dispostos a velar pelo planejamento e a aplicação adequada da atenção primária--de saúde em um esforço coordenado com outros setores interessados, a fim de fomentar a saúde como contribuição indispensável para melhorar a qualidade de vida de cada individuo, família e coletividade

como parte do desenvolvimento sócio-econômico geral?

3. Os senhores estão dispostos a dar prioridade absoluta á alocação preferencial dos recursos de saúde aos setores sociais periféricos?
4. Os senhores estão dispostos a mobilizar e informar indivíduos, famílias e coletividades até lograr que se identifiquem plenamente com a atenção primaria de saúde, participem de seu planejamento e gestão e contribuam para seu funcionamento?
5. Os senhores estão dispostos a introduzir as reformas necessárias para assegurar a disponibilidade do pessoal e da tecnologia suficientes para estender a todo o pais nos dois próximos decênios e a um custo acessível a atenção primária de saúde?
6. Os senhores estão dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada a atenção primária de saúde como principal prioridade?
7. Os senhores estão dispostos a encetar as batalhas políticas e técnicas necessárias para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos assim como a resistência dos profissionais a introdução universal da atenção primária de saúde?
8. Os senhores estão dispostos a comprometer-se politicamente de maneira inequívoca a adotar a atenção primária de saúde e a mobilizar a solidariedade internacional para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000?

Se podem responder afirmativamente a todas estas perguntas e evidente que o futuro da atenção primária de saúde no Brasil oferece brilhantes perspectivas. Sendo assim, a supressão do SE dependera, em grande medida, de que o Brasil esteja ou não disposto a desprender-se da síndrome de adoção tecnológica que tantos profissionais do desenvolvimento estão empenhados em propagar. Tendo em conta que a conquista da saúde não e somente uma aspiração humana individual, mas também, e sobretudo, uma conquista social, a chave da política sanitária **tem** que ser, portanto, um **alto** grau - de pertinência social.

Entretanto, com demasiada freqüência, essa política e ditada por uma tecnologia sem ensaiar, excessivamente complicada e sumamente custosa, sem que ninguém se preocupe em refletir o bastante sobre sua finalidade e suas conseqüências sociais. O Brasil tem, portanto, que desenvolver urgentemente **sua** capacidade de pesquisa para enfrentar **audaciosamente** as difíceis questões que são: 1) como garantir a alocação adequada de recursos para os problemas de pertinência social; 2) como abordar a prova da eficácia e a especificidade das intervenções individuais, familiares e comunitárias; e 3) como conceber o sistema mais eficaz de prestação de serviços de saúde partindo da base de que **o que realmente importa são as pessoas**. Nesta empresa, o Brasil se verá progressivamente obrigado não só a adaptar os conhecimentos existentes como também a gerar novos conhecimentos em função de seus problemas de saúde e de sua capacidade sócio-econômica.

Quero assegurar-lhes que a OMS pertence ao Brasil e que sua Organização estará sempre do lado daqueles brasileiros que se atrevam a buscar as verdades na "Saúde para Todos no Ano 2000". Espero que o governo do Brasil e toda a comunidade sanitária e científica do Brasil aceitem esta associação.

Permitam-me terminar agora com uma passagem, livremente traduzida, de uma das obras em prosa de Odysseus Elytis:

"Quando os povos se unem para colaborar, podem surgir forças tão potentes e inesperadas que o que se havia considerado como imutável pode na realidade modificar-se ou fundir-se. A fora do desenvolvimento social e tão grande que alguém tem que crer com otimismo que a fora do bem haverá igualmente de triunfar em nosso mundo cheio de problemas."

Obrigado.

DISCURSO DO SENHOR JOÃO FIGUEIREDO, PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Agradeço aos eminentes doutores Halfdan Mahler e Héctor Acuña, ilustres diretores-gerais da OMS e da OPAS, a sua presença aqui, num evento nitidamente nacional. As palavras amigas e cheias de sensatez, pronunciadas pelo Dr. Mahler, reforçam o ânimo dos brasileiros e confirmam nossa determinação de perseguir o objetivo de "saúde para todos no ano 2000".

Meu governo considera o direito a saúde corolário natural do direito a própria vida. O dever do Estado de prover as populações com meios adequados a promoção da saúde e a prevenção da doença – antes que a reabilitação do doente – corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito.

A convocação desta Conferência tem, par isso, como finalidade principal, debater e coordenar as atividades dos vários setores e níveis de governo no que respeita as ações básicas de saúde.

Estou certo, porém, de que só obteremos resultados duradouros em nosso esforço na medida em que as comunidades interessadas participarem conscientemente na formulação, execução e avaliação dos programas de saúde. Por isso, todo o governo deve empenhar-se, mais ainda, em melhorar o espírito solidário e cooperativo entre os membros das aglomerações sociais.

O grande desafio, no piano do governo, e a integração e a coordenação. A articulação entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e particularmente significativa, pelos resultados já alcançados. É também a mais complexa, em face da multiplicidade de serviços afins ou complementares; da ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce; da identificação de soluções nacionais para os problemas de caráter tipicamente nacional; do estimulo a crescente nacionalização de equipamentos e insumos.

Nesse sentido, registro com satisfação o perfeito entendimento entre os ministros Waldyr Arcoverde, da Saúde, e Jair Soares, da Previdência e Assistência Social. Da ação continuada e harmônica entre os dois, o Brasil muito espera.

Na área da Educação, o alvo c a adequação da oferta de ensino as demandas efetivas de recursos humanos para a Saúde.

No setor do Trabalho, progressos notáveis tem-se registrado – e podem ser ainda melhorados – nos aspectos relativos a saúde ocupacional e a prevenção de acidentes.

Particularmente importante – decisiva mesmo – para a alteração substancial do nível de saúde e a expansão dos serviços de abastecimento d'agua e de saneamento básico, Nesse particular, a iniciativa e a cooperação do Ministério do Interior vão estendendo tais serviços as comunidades mais necessitadas. Condições habitacionais mais dignas e humanas são instrumento indispensável de promoção da saúde, pela eliminação de focos de transmissão de doenças.

Esses e outros programas, como os de nutrição e alimentação, envolvem a ação cooperativa de todos os níveis de governo. A eles

não é estranha minha preocupação de aumentar a produção de alimentos e sua distribuição a preços acessíveis.

O tempo, meus senhores e minhas senhoras, é de ação. Mas ação coordenada, para eficiência do trabalho despendido.

E disso que se trata, quando nos propomos a apoiar, com os mais altos recursos jamais destinados ao setor, o programa nacional de ações básicas de saúde.

A imensa responsabilidade do setor de saúde pode ser medida pelos números que a informam. Sua missão específica é melhorar a qualidade e prolongar a duração da vida de 120 milhões de brasileiros. Pelo final do século, nossa população haverá de ter ultrapassado a casa dos 200 milhões, quase todos residindo em áreas urbanas.

Essa tarefa histórica, para honra nossa, nós haveremos de cumprir. Muito obrigado,

CONFERÊNCIAS

TEMA CENTRAL

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DE SERVICOS BÁSICOS

CARLYLE GUERRA DE MACEDO
Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde

1 — INTRODUÇÃO

Momentos de desafios, de conflitos e decisões: são os momentos de hoje. Entre os desafios, e a exigir decisões, superando os conflitos, destaca-se a enorme dívida social que a sociedade brasileira tem acumulado. A distância entre o que a sociedade e o Estado reconhecem como essencial, indispensável ao ser humano, e a situação real da maioria da população é enorme e ainda crescente, apesar do considerável aumento da renda nacional. Esse desequilíbrio, que ainda atinge metade ou mais da população brasileira, enfraquece as bases sobre as quais devemos construir uma sociedade mais livre e democrática e um País próspero e poderoso.

As manifestações dessa dívida no campo da saúde têm sido repetidas vezes e extensamente demonstradas e se expressam na sub-alimentação, na precoce e elevada mortalidade, que importa na perda, evitável em nosso estágio de desenvolvimento, de mais de 400 mil vidas brasileiras, cada ano; na inexistência, insuficiência ou inadequação de serviços de saúde, com a marginalização de grandes contingentes populacionais de qualquer assistência e, principalmente, da assistência necessária o que possibilita, por exemplo, que crianças possam morrer por não receberem uma vacina, como a da poliomielite, cuja dose custa um cruzeiro; ou na deterioração do ambiente progressivamente mais agressivo a saúde. E tudo isso apesar do crescente esforço, em termos de recursos, que o País, principalmente através do Estado, está realizando para o cuidado da saúde.

Fenômenos mundiais, a "chocante desigualdade" entre a saúde dos pobres e a dos ricos, a carência total ou parcial de serviços essenciais para "talvez quatro quintos da população mundial" (1), a par da concentração abusiva e excessiva sofisticação do atendimento aos mais privilegiados, preocupam as elites de todos os países e são considerados "inaceitáveis", frente ao postulado ético, presente no discurso universal, da "saúde – bem – estar como direito humano fundamental" (1).

Na Conferência de Alma–Ata, nas Assembléias Mundiais da Saúde, nos Conselhos da Organização Pan-Americana da Saúde, enfim, em todos os foros, os governos, em representação de todos os povos do mundo, reconhecem a imensa dívida historicamente acumulada e se propõem a um esforço solidário para propiciar serviços essenciais de ‘’saúde para todos no ano 2000’’ — oxalá "saúde igual", no sentido de acesso a serviços

e bens que condicionam a saúde; reconhecem a inadequação dos sistemas de saúde vigentes, a irracionalidade de sua concentração e acelerada sofisticação tecnológica em relação às necessidades de saúde das maiorias; a acelerada e incontrolável elevação de custos do atendimento médico, já insuportável, inclusive para as economias mais desenvolvidas; a subordinação da assistência aos interesses dos produtores de serviços e de bens — um "complexo industrial orientado ao consumo social de produtos médicos" (2) — que desvirtuam a finalidade dos sistemas de atendimento à saúde, reduzem sua eficácia e estimulam suas manifestações iatrogênicas. Reconhecem também a saúde como parte e conseqüência do "desenvolvimento econômico e social" e a importância fundamental dos modelos ou estilos de desenvolvimento, expressados na distribuição dos benefícios e da renda, para a saúde da população, e da responsabilidade intersetorial na consecução das metas sociais de saúde. E, enfatizam o "direito e o dever dos povos em participar, individual e coletivamente, no planejamento e execução de seus cuidados de saúde" (1).

A partir desses consensos, os governos e, em seu nome, a OMS e a OPAS, Recomendam os "cuidados primários de saúde como a chave e a estratégia para que a meta de saúde para todos possa ser alcançada, como parte do desenvolvimento integrado e no espírito de justiça social" (1), com a participação-sujeito das populações interessadas. Este, o principal caminho, no consenso universal e no campo da saúde, para reduzir algumas das desigualdades existentes, e candentemente exemplificadas nas palavras do Dr. Mahler, Diretor-Geral da OMS, presente a esta Conferência: "E escandaloso que em um país ou em uma região do mundo as pessoas morram jovens enquanto que em outros possam contar com ver crescer seus netos; é motivo de indignação que em um bairro de uma cidade sejam comuns as enfermidades por carência nutricional, enquanto que em outros a preocupação seja a de comer demasiado; é intolerável que, apesar dos grandes progressos da tecnologia e das ciências humanas, haja ainda no mundo mais de 500 milhões de pessoas cuja renda alcança apenas 50 dólares anuais" (2).

Sim, é trágica e imoral essa dívida imensa que a humanidade acumulou, expressa na injustiça indignante da desigualdade e da miséria, que aviltam bilhões de seres humanos, e nas doenças evitáveis e na morte prematura de centenas de milhões de pessoas. Este holocausto horrendo pesa na consciência de todos os povos e Estados, não importam as fronteiras, não importam as ideologias ou regimes políticos que os separam.

2 — A SITUAÇÃO NO BRASIL

Há, provavelmente, mais de 40 milhões de brasileiros, sem acesso aos serviços de saúde de que necessitam. E a inadequação dos serviços prestados está extensamente demonstrada. Os recursos destinados pela sociedade brasileira aos cuidados da saúde da população são consideráveis e crescentes, ainda que, talvez, não alcancem as proporções recomendáveis e possíveis em nosso estágio de desenvolvimento: somaram, em 1979, mais de 200 bilhões de cruzeiros, equivalentes a, aproximadamente, 4,2% de nosso PIB. Desse total, cerca de dois terços foram canalizados pelo setor público, sobretudo (mais de 60%) pela previdência social, cujos dispêndios reais cresceram 5 vezes nos últimos 10 anos. Temos mais de 450 mil leitos hospitalares e mais de 100 mil médicos e a "indústria da saúde" emprega, direta ou indiretamente, mais de 1 milhão de trabalhadores. O conhecimento e a tecnologia disponíveis no País, em relação aos problemas que nos afligem, são significativos, em muitos casos suficientes, e nossa capacidade de gerá-los está subutilizada. E apesar disso somos um País "doente": perdemos, anualmente, mais de um milhão de vidas, carências nutricionais afetam a metade da população e vivemos o paradoxo de um quadro nosológico que é "uma mistura de doenças das regiões em desenvolvimento – enfermidades transmissíveis e carências — e de problemas típicos do desenvolvimento — as doenças crônico-degenerativas; os agravos à saúde mental, os acidentes e violências" (3).

Apesar do redobrado esforço e do aumento de recursos, cresce a insatisfação e pouco se ampliou a cobertura real. O esforço da sociedade e do governo parece ineficaz:

sua eficiência está reduzida pelas dificuldades em acelerar a criação de condições básicas de existência para grande parte da população, em reduzir desigualdades sociais e regionais de renda e bem-estar, e em produzir os bens necessários ao atendimento das necessidades essenciais da população. É de lamentar, por exemplo, que, no Nordeste, mais de 68% das pessoas que trabalham aufiram renda igual ou inferior a um salário mínimo, quando a renda nacional **per capita** já é de mais de US$ 1 700 anuais e nosso **PNB** é o oitavo do mundo.

No campo específico da saúde, os recursos destinados ao setor estiolam-se, consumidos por um sistema de prestação de serviços desvirtuado em sua finalidade, concentrado e sofisticado em demasia, em contradição com a estrutura de necessidades, e orientado, prioritariamente, para os interesses dos produtores de serviços e de insumos e outros bens de "saúde". A "indústria da doença", nascida desses interesses, absorve os recursos disponíveis e se amplia e fortalece com seu crescimento: concentra esforços na recuperação, tão sofisticada e onerosa quanto possível, da saúde perdida (mais de 90%), pois, é a doença e não a saúde a "mercadoria" que a alimenta. As medidas "racionalizadoras" da operação desse modelo podem apenas ser paliativos marginais das manifestações extremas ou conjunturais mais indesejáveis. A lógica interna das principais modalidades assistenciais que o compõem condiciona uma tendência inexorável à sofisticação de meios e de ações, à prestação de serviços desnecessários ou à negação de assistência indispensável e ao crescimento progressivo de custos pela prática de atos médicos desnecessários, impossibilitando o atendimento às necessidades reais da população e a conseqüente diminuição da insatisfação social que se observa nessa área.

É necessário, pois, um profundo processo de mudança. Mudança necessária pelos valores éticos da sociedade brasileira; implícita no compromisso do governo com esses valores e com o objetivo-síntese do desenvolvimento nacional, que é a "construção de uma sociedade desenvolvida, livre, equilibrada e estável, em benefício de todos os brasileiros" (4); presente também nos objetivos de alcançar um regime político verdadeiramente democrático e uma distribuição mais justa dos benefícios do desenvolvimento nacional, com melhoria da renda das classes sociais de menor poder aquisitivo e para obter "padrões dignos de vida e convivência social" (4); mudança necessária igualmente em função do "amadurecimento político da sociedade brasileira" (4) e da consciência social em expansão sobre a existência dessa enorme dívida, suas causas e possibilidades de resgatá-la.

3 – SERVIÇOS BÁSICOS

Dados empíricos e de pesquisas internacionais, confirmados pelos estudos já realizados no Brasil, evidenciam que as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a, aproximadamente, 90% da demanda total por serviços de saúde, dois terços dos quais podem ser atendidos sem a participação direta do médico. Apenas os 10% restantes exigiriam a prestação de serviços de maior complexidade e somente cerca de 2%, serviços de alta especialização. O sistema de saúde que necessitamos, portanto, deve ajustar-se a esses fatos e estar fundado em amplo patamar de serviços primários e básicos de atendimento. Somente assim poderemos estender as ações de saúde a todos os brasileiros. Este é o sentido da mudança necessária no âmbito do setor saúde.

Entende-se por serviços básicos de saúde de o "conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à

reabilitação básica de suas conseqüências" (5). Compreendem, na área do atendimento às pessoas, mais que os cuidados primários um mínimo de serviços de maior complexidade, indispensáveis ao apoio aos serviços primários e, como programa, para a constituição de um núcleo de controle, orientação e estímulo ao aperfeiçoamento de todo o Sistema Nacional de Saúde. O gráfico da figura 1 expressa esse conceito.

---------- SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

•••••••••• PROGRAMA OE SERVIÇOS BÁSICOS
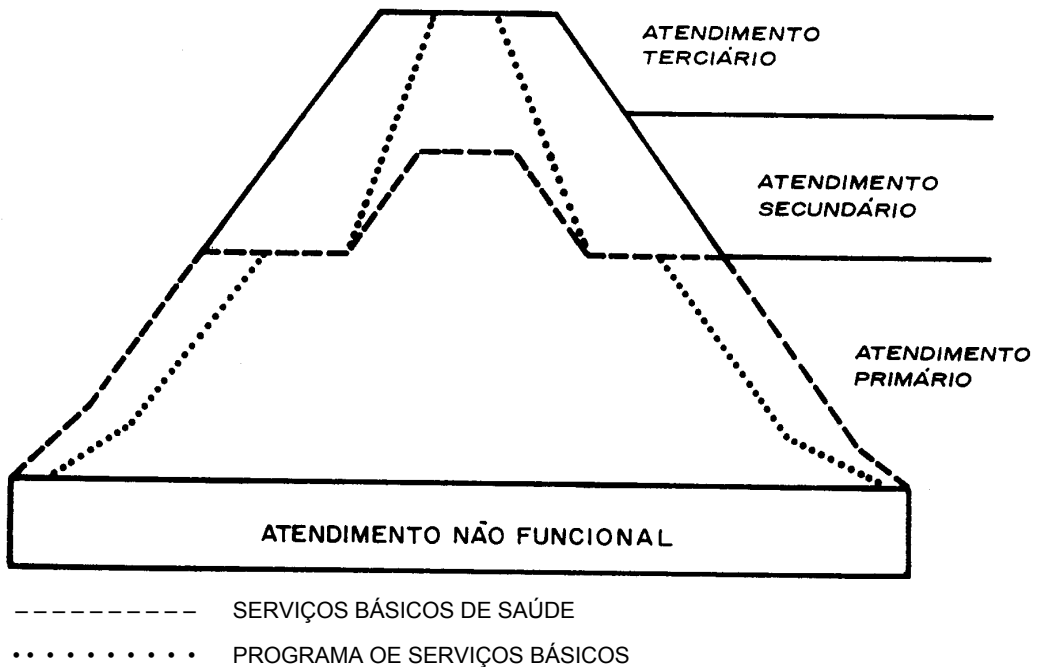
Figura 1 – Esquema de serviços básicos às pessoas no Sistema Nacional de Saúde.

O atendimento das necessidades de saúde da população deve integrar todas as ações de saúde – promoção, prevenção, recuperação e reabilitação – adequando-se a cada caso e considerando o grau de risco que apresentem. Estão definitivamente superadas as proposições de separação política e organizacional entre os planos coletivo e individual do atendimento à saúde, sobretudo a nível dos serviços básicos e do atendimento primário.

Os serviços básicos são, fundamentalmente, ações realizadas através de uma infra-estrutura física – a rede básica de unidades de saúde, dela prescindindo em situações especiais. Um núcleo essencial de atividades mínimas deve ter presença assegurada em todos os casos. "Compõem este núcleo mínimo, ajustado às realidades regionais, as imunizações obrigatórias, a vigilância epidemiológica de base, a promoção do saneamento básico (em especial, o abastecimento d'água), orientação para conservação da saúde e mobilização comunitária para a participação, atividades de controle das endemias prevalentes, promoção da melhoria da alimentação e tratamento das afecções e traumatismos mais comuns, principalmente para os grupos biológica e socialmente mais vulneráveis" (5).

A adoção de tecnologias mais simplifidadas, de menor custo e adequada eficácia, não pode ser entendida como intenção de discriminar os pobres com uma assistência de "menor qualidade". A simplificação de meios corresponde à simplicidade de problemas e

não á simplicidade das pessoas. O acesso a serviços mais complexos deve ser assegurado quando os problemas superarem a capacidade de resolução de serviços mais simplificados. Os serviços básicos e a rede básica integram, pois, o Sistema Nacional de Saúde e constituem sua porta de entrada normal.

Os serviços básicos de saúde são parte dos serviços e bens necessários à satisfação das necessidades básicas da população; devem integrar-se no processo de desenvolvimento e na vida das comunidades, atuando como estímulo, motivo e objeto para a organização e a participação conscientes da população no planejamento, execução e controle dos serviços que necessita. A participação não é apenas um requisito para a maior factibilidade de programas e atividades. Mais que isso, é um instrumento que permite a população compreender criticamente sua situação e exercer o direito e o dever de buscar a solução de seus problemas.

Um criterioso processo de descentralização deve presidir a organização da infra-estrutura operativa para os serviços básicos. Mas, ao mesmo tempo, é necessário garantir um mínimo de unidade funcional, que impeça o surgimento de novas manifestações de desigualdades e novas formas de dominação e a distorção da finalidade última dos serviços, que é a satisfação das necessidades reais de saúde da população.

A execução dos serviços básicos de saúde requer um envolvimento multisetorial de forma direta e específica (programação e execução de atividades), com setores diretamente vinculados ao seu conteúdo ou sua operação – saneamento, habitação, alimentação, educação, etc. — e indireta e geral com o processo de desenvolvimento, cujo estilo e componentes afetam e são influenciados pelas variáveis de saúde.

A consideração dos serviços básicos de saúde dentro do Sistema Nacional de Saúde não deve limitar-se apenas as relações funcionais de atendimento, apoio ou controle.

Os serviços básicos devem constituir uma estratégia e um instrumento para a reordenação de todo o sistema de saúde, ou se transformarão, ao contrário, num reforço extraordinário do que existe, atuando como triagem de clientelas (seletividade econômica) para a medicina comercial. Neste reordenamento adquire relevo o processo de regionalização, como organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de coberturas específicas, geográficas e populacionais, a cada unidade assistencial ou de apoio.

4 — UM PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Os serviços básicos de saúde devem constituir um programa nacional prioritário e axial da política de saúde do governo, ordenador principal das ações governamentais na área da saúde e das relações entre as diversas instituições públicas de saúde, nos três níveis de nossa organização político-administrativa .

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — **PREV-SAÚDE** — terá como objetivo a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando em implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferias das grandes cidades. Os modelos de serviços devem adequar-se às peculiaridades regionais, sem prejuízo do cumprimento do núcleo mínimo de ações e da máxima simplificação recomendável de tecnologia e recursos utilizados. O modelo de infra-estrutura do PIASS ajusta-se as características rurais e dos pequenos centros de regiões como o Nordeste, e poderá servir de base para a elaboração de modelos ajustados a condições distintas, como as que existem na Amazônia. Nos médios e grandes centros urbanos, as condições sócio-culturais, particularmente o acesso a serviços médicos, remendam a adoção de modelos diferentes, para avaliação e adequação no processo: o atendimento médico, inclusive diferenciado, e o atendimento de emergências comuns adquirem maior relevâncía, requerendo unidades

de maior complexidade e capacidade de resolução de problemas clínicos. A resolução dos problemas correspondentes á capacidade de cada nível de atendimento é, em todos os casos, ponto central da operação eficiente da ‘’rede básica’’.

O PREV-SAÚDE será da responsabilidade direta do setor público, sem prejuízo da existência independente de serviços básicos privados (figura 1). Dentro das características multiinstitucionais de nossa sociedade e do regime político-administrativo, o setor público deverá englobar, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais, as associações comunitárias de interesse social e sem fins lucrativos.

O programa envolverá mais que os serviços básicos propriamente ditos. Em apoio á integridade do atendimento e ás funções normativas e controladoras do setor público, deverá incorporar também todos os serviços públicos de níveis secundários e terciários. O sistema resultante tenderá á unidade ainda que em regime pluriinstitucional.

Alguns aspectos, adicionais ou complementares, especialmente críticos de um programa como o proposto, são referidos brevemente a seguir.

4.1 – ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Um requisito básico é a integração de esforços. No plano federal, a união dos ministérios da Saúde e da Previdência Social, somando recursos e estabelecendo doutrina e decisões. uniformes ressalta como o fator crucial. Unidos em torno do **PREV-SAÚDE**, devem articular-se estreitamente com os demais ministérios em ação conjunta no Sistema Nacional de Saúde e no processo global de desenvolvimento. A descentralização decisória e operacional, paralelamente á provisão do apoio necessário aos níveis estadual e local, deverá presidir essa articulação, sem prejuízo das funções de coordenação normativa geral e de condução política e estratégica a nível nacional, próprias á União.

As secretarias de saúde dos estados, consideradas como instituições nucleares do sistema, a nível estadual, assessoradas por mecanismo representativo multiinstitucional, assumirão a responsabilidade de coordenar o desenvolvimento do programa no estado e de assegurar o apoio técnico e administrativo aos níveis regionais e locais.

Os serviços básicos legais locais, contemplado obrigatoriamente o núcleo mínimo de ações prioritárias, deverão, idealmente, ser geridos pelas municipalidades, com o apoio dos estados e da União. Os estados concentrarão esforços diretos nos serviços de natureza supralocal e nas atividades de apoio a todo o sistema. Entretanto, é necessário considerar a extrema heterogeneidade dos quase 4000 municípios brasileiros, adequando sua participação ás possibilidades e realidade de cada um. Esta consideração não deve, porém, prejudicar a decisão e o esforço de promover e apoiar a participação das municipalidades e propiciar condições para o exercício de um controle social mais efetivo pelas populações locais.

4.2 – ATIVIDADE DE APOIO

Um esforço especial de capacitação institucional, em todos os níveis, há de ser empreendido. Dentro desse esforço merece consideração especial: a capacitação do nível federal para a função de condução política, coordenação normativa e planejamento estratégico, em função das novas relações institucionais, o desenvolvimento das secretarias estaduais de saúde para que possam desempenhar o papel que delas se espera, particularmente nos processos de regionalização e descentralização e, simultaneamente, de planejamento e coordenação operacional a nível estadual; e a capacitação gerencial e operativa dos níveis locais e de apoio técnico e administrativo dos níveis regionais.

A **supervisão** adquire aqui especial relevo, por sua significação como instrumento de desenvolvimento dos serviços, dos recursos humanos e para o aprimoramento dos sistemas prioritários de apoio administrativo e

técnico: logística, administração financeira, informação, etc. Os controles indispensáveis, sem perda de agilidade administrativa e sem excessiva burocracia, será um problema crucial da operação do programa.

4.3 — O DESAFIO TECNOLÓGICO

O desenvolvimento de tecnologias apropriadas para a prestação de serviços, o combate aos problemas de saúde (peculiares às nossas realidades), a produção de insumos essenciais e de equipamentos, e sua utilização, constituem um desafio vital. Sua superação está vinculada ao esforço de autonomia tecnológica nacional e a necessidade de romper a dominação da tecnologia médica convencional.

4.4 — **RECURSOS HUMANOS**

A formação e a utilização de recursos humanos constituem condições fundamentais ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. O ponto de partida da ação nessa área é uma nova composição funcional e profissional dos recursos humanos necessários, na qual sobressai uma maior utilização de pessoal auxiliar em condições de resolver os problemas que não exigem a direta participação de profissionais de nível superior Trabalharão integrados ás comunidades em que atuam, com preparação adequada e apropriados esquemas de apoio e supervisão. Será necessária a criação de condições de emprego e de trabalho que estimulem atitudes e comportamentos desejados e permitam um desempenho eficiente do pessoal. A formação dos recursos humanos deverá ajustar-se as necessidades reais, desenvolvendo-se em articulação com a prática, em processos de integração trabalho — ensino, rompendo as barreiras entre a escola e os serviços, e assegurando o caráter permanente da educação.

4.5 — PARTICIPAÇÃO

Parece ocioso insistir na necessidade de participação, como estratégia e finalidade dos serviços básicos de saúde. E preciso, porém, ressaltar que a participação real não se mani- festa espontaneamente. É necessário transferir as populações recursos, serviços, conhecimentos, mecanismos de expressão e instrumentos que lhes permitam refletir criticamente sobre sua situação e liberar-se dela. O perigo existente na manipulação ou imposição de outros valores deve ser prevenido por outros meios que não o espontaneísmo, forma de negar a liberação prometida, somente possível como objetivo consciente e voluntário. A participação é um lento e trabalhoso processo de interação, parte e conseqüência de amadurecimento político e desenvolvimento democrático.

4.6 — CUSTOS, BENEFÍCIOS E FINANCIAMENTO

O crescimento da demanda por serviços de saúde deverá acelerar-se. Essa previsão tem por base a existência de grande demanda reprimida e dos fatores que favorecem sua manifestação: urbanização, meios de comunicação social, etc. E essa demanda crescente, nas condições atuais, em face das pressões combinadas de valores culturais consumistas de serviços médicos e dos interesses do complexo médico-industrial, deverá orientar-se por serviços de recuperação, fortalecendo a tendência á sofisticação tecnológica e ao aumento de custos sem um correspondente aumento de benefícios sociais. Alie-se a esses fatos a escassez de recursos, sendo lógico esperar um aumento de reivindicações e suas conseqüências, apesar do inevitável crescimento real dos dispêndios.

Os serviços básicos de saúde constituem um caminho para a superação desses problemas setoriais e o seu desenvolvimento significará:

a) o condicionamento de uma estrutura diferente de demanda, mediante a solução dos problemas e satisfação das necessidades de saúde, antes que seja exigido atendimento tar-se-á que problemas solucionáveis a esse complexidade;

b) a ampliação da produtividade social dos recursos disponíveis, destacando-se a integração de esforços das instituições públicas

que canalizam dois terços dos recursos totais do setor;

c) a ampliação de acesso a serviços de saúde mais adequados as necessidades reais da população, aumentando sua eficácia e os níveis de satisfação no plano social.

O dispêndio com a expansão da cobertura de serviços básicos e primários será compensado pela diminuição dos custos unitários de atendimento, contribuindo também para reduzir, relativamente, a demanda por serviços complexos. Entretanto, a expansão da cobertura e o volume dos serviços básicos a serem prestados poderão ocasionar um custo global mais elevado. Esse aumento, porém, seria ainda inferior ao esperado, caso prevalecesse o modelo atual.

O financiamento do programa de serviços básicos não envolverá, portanto, a necessidade de recursos adicionais consideráveis. Os investimentos necessários para a prestação de serviços às pessoas serão relativamente pequenos em face da magnitude do programa, tendo em vista a significativa capacidade pública instalada e os baixos custos da rede a ser implantada. As estimativas preliminares são da ordem de 40 bilhões para todo o programa, num período de 6 anos. Os custos da operação plena estariam em torno de Cr$ 60 bilhões anuais, com toda a rede implantada. Esta quantia equivale ao gasto público atual com serviços de saúde, que seriam substituídos pelos serviços básicos, e a cerca de 25% do gasto público global em saúde, em 1980. E a operação do programa estaria praticamente financiada através do remanejamento de recursos existentes.

No campo dos recursos reais seriam necessárias, sobretudo, medidas para a adequação qualitativa e para a autonomia nacional de produção em alguns casos. A oferta quantitativa de recursos humanos, de nível superior, não parece oferecer riscos de estrangulamentos, e a formação de pessoal de níveis de 1.º e 2.º graus pode ser ampliada rapidamente. Os recursos físicos essenciais apresentariam problemas de adequação qualitativa para alguns equipamentos, de autonomia de produção para alguns insumos e de custos elevados para ambos, sem que esses problemas signifiquem estrangulamentos insuperáveis de disponibilidade.

A viabilidade financeira e material do programa não parece, portanto, apresentar problemas de difícil superando, se assegurada sua viabilidade política e sua factibilidade operacional.

5 — OBSTÁCULOS E NECESSIDADES ESTRATÉGICAS

A realização de um programa dessa magnitude é uma tarefa monumental e são inúmeros os obstáculos e perigos existentes. Mas nunca antes foram tão promissoras as condições institucionais para tamanho empreendimento. O entendimento entre os ministérios do Sistema Nacional de Saúde, principalmente o MS e o MPAS, o propósito do governo de, superando as dificuldades econômicas do momento, apressar o tempo social no processo de desenvolvimento nacional e a constatação mais e mais evidente da necessidade de mudança são fatores conjunturais favoráveis, de extraordinário valor.

Processo social complexo, o programa de serviços básicos enfrentará obstáculos de variada natureza: operacionais, comportamentais e políticos, estruturais e conjunturais, cuja superação exigirá uma ação estratégica apropriada.

5.1 — PROBLEMAS OPERACIONAIS

Problemas de organização, de capacidade gerencial e operativa, de mobilização e utilização de recursos, de criação de mecanismos e de instrumentos de operação e de soluções técnicas específicas, necessidade de controle, de criatividade e de iniciativa, entre outros, compõem o amplo espectro das dificuldades operacionais. A superação dessas dificuldades, na esfera técnico-administrativa, será um permanente processo de aprendizagem, de criação e de aplicação de instrumentos corretivos. É necessário não minimizar ou simplificar esses problemas, bem como não superestimar suas soluções. Uma das manifestações mais comuns dessas dificuldades é o crescimento das instâncias e processos burocratizantes, consumindo

parcelas consideráveis de recursos e reforçando os mecanismos da inércia do sistema.

Será preciso, talvez, retardar, em alguns casos e estrategicamente, o desenvolvimento do programa, afirmar condições através de experiências mais promissoras ou concentrar esforços em situações mais favoráveis e investir no desenvolvimento de recursos humanos e em processos apropriados de desenvolvimento institucional.

5.2 – DIFICULDADES COMPORTAMENTAIS

O comportamento dos indivíduos e dos grupos envolvidos está na base da maioria dos problemas operacionais e em relação estreita com a esfera política. A formação de atitudes e consolidação de práticas que correspondam aos propósitos dos serviços básicos é uma tarefa difícil de realizar em sua plenitude. Muitos valores e interesses poderão se antepor a esse propósito, e mesmo entre os que formalmente adotam o discurso dos serviços básicos longa é a distância entre o discurso e a prática: aqui, os personalismos, a falsa suficiência, o sectarismo e a intolerância contradizem o discurso democrático de muitos: ali, a desconfiança, a cegueira ideológica e a crítica ou o temor mobilizam e armam a resistência de outros.

Assim, além das incompreensões e resistências derivadas de valores, desconhecimentos ou interesses contrários, há toda uma gama de comportamentos desfavoráveis dos que, formalmente, o apóiam. Um dos pontos críticos será, portanto, a vigilância de nossa prática para que ela não negue nosso discurso e para que não confundamos nossos interesses e valores, produtos também que somos de nossa circunstância social, com as necessidades reais da população e, ao invés de servi-la, estejamos apenas servindo a nós mesmos. Vigilância também para evitar ou corrigir as distorções operacionais estimuladas por interesses divergentes.

5.3 – PROBLEMA POLÍTICO

A viabilidade da proposta dos serviços básicos é, sobretudo, um problema político. Depende das relações de poder real na sociedade, da importância relativa dos agentes sociais e dos grupos de interesse que a apóiem ou a ela se oponham.

Não basta a aceitação do programa pelas instituições governamentais. Ela é essencial e imprescindível, mas não suficiente para assegurar sua realização. Mesmo porque não pode estar desvinculada das manifestações da vontade da sociedade expressada através da estrutura de poder real existente. A saúde é também uma variável social seletiva, histórica e socialmente condicionada, dependente do poder real presente na sociedade. Os serviços básicos, como proposta de mudança, afetarão essas relações sociais no interior do setor e fora dele, contrariarão interesses e gerarão resistências e oposições. As pressões e os obstáculos se farão presentes junto aos centros de decisão nacionais, estaduais e locais; nos momentos de formulação, durante a implantação e na execução, procurando descaracterizá-la e fazê-la fracassar; na argumentação técnica, na difusão de valores contrapostos, condicionando atitudes contrárias ou na impugnação ideológica, ainda que com falsas suposições. Essas pressões se expressarão nos meios de formação de opinião, nos centros de condução do processo político ou até no comportamento individual de um pequeno servidor que tema perder o domíno de um procedimento desnecessário.

O processo é político, também, na medida em que a mudança proposta e a própria saúde dependem das características do processo de desenvolvimento; da natureza e do funcionamento do sistema econômico, social e político. De fato, o processo de racionalização, inscrito na proposta de serviços básicos deve beneficiar-se da capacidade produtiva incontestável de uma moderna economia de mercado, corrigidos os exageros e distorções em favor da justiça social. O desafio é aqui também essencialmente político: a reorientação da estrutura de produção em função das necessidades básicas da população e do País e o aumento de sua produtividade, para que gere mais e mais excedentes que possam ser socíalmente distribuídos. A satisfação dessas

necessidades básicas não pode ocorrer apenas pelo livre jogo social ou de mercado; particularmente na área de saúde, onde os produtores de serviços definem as necessidades, e o controle social ou institucional é praticamente impossível por razões éticas ou de monopólio do conhecimento e de decisões técnicas .

É necessário, pois, um intenso e permanente trabalho político, para a consecução de apoio e sustentação. É nesse âmbito que se definem as estratégias de ação, tendentes ao aproveitamento máximo de oportunidades e fatores favoráveis e neutralização dos desfavoráveis. A formulação e aplicação dessas estratégias exigem uma profunda e cautelosa consideração dos aspectos envolvidos, no interesse do objetivo maior de atender à população e poderá implicar em aparentes contradições, em recuos ou demoras, que às vezes desconcertam, em face da urgência dos problemas e da aspiração sincera de muitos a grandes mudanças imediatas.

No plano institucional, o caminho está na integração e na participação, que redundarão em apoio político das instituições públicas e, principalmente, dos estados e municípios. Mas é necessário tornar evidente e efetivo esse apoio, estimulando e fortalecendo as decisões de nível federal e permitindo a capacitação real do setor público para a realização de sua missão produtiva e de seu papel orientador de todo o sistema.

No plano da sociedade civil, é preciso trabalhar junto às organizações políticas, profissionais, gremiais, comunitárias e a população em geral. Não apenas em função do apoio desejado, mas pela necessidade da participação crítica que aperfeiçoará e dinamizará o processo. Uma política de saúde apenas institucional transforma-se quase sempre em assistencialismo marginalizador porque reforça, por fim, esquemas de dominação.

São variadas as possibilidades de ação estratégica. Referimos aqui algumas, cuja utilização, porém, deve ser sempre integrada:

a) no plano da técnica e do conhecimento: a capacidade de formular uma doutrina, de elaborar oportunamente e adequadamente as programações necessárias, de gerar tecnologias e normas apropriadas e, sobretudo, por ser abrangente, de maximizar a produtividade social dos recursos disponíveis através de uma utilização eficiente. A eficiência, aqui, a consecução de resultados concretos inquestionáveis, deixa de ser apenas uma preocupação administrativa e assume significativa importância política, como demonstração de benefícios e instrumentos para consecução do apoio das populações servidas;

b) no plano político, propriamente dito, a transformação da saúde e da satisfação das necessidades básicas de saúde em objetivo social de significação política. Os serviços básicos podem e devem servir ao processo de desenvolvimento político e democrático, como motivo, como oportunidade de participação e como benefício para a população;

c) no plano do desenvolvimento global, a colocação dos serviços básicos como parte e instrumento da política e do desenvolvimento sociais: conseqüência e fator de desenvolvimento econômico. O consenso universal de que a saúde depende mais das condições de bem-estar que das atividades específicas de saúde deve estar refletido concretamente no estilo e políticas de desenvolvimento. A responsabilidade do setor não é apenas a de satisfazer as necessidades específicas de saúde, muitas vezes através de ações compensatórias dos agravos gerados pelo próprio desenvolvimento, mas também de contribuir para que o desenvolvimento nacional esteja orientado efetivamente para o bem-estar da população. Na medida em que isto se der, a ação em saúde se fortalecerá e será mais eficaz.

6 – CONCLUSÃO

O desafio é construir o caminho e percorrê-lo, com decisão e coragem. Devemos construí-lo juntos – governo e povo. Cremos que as diretrizes do governo contem a orientação necessária. Devemos ser capazes de transformá-la em fatos; somando nossos esforços para construir um Brasil maior, uma sociedade mais livre e justa, uma população mais sadia. Assim, estaremos acelerando o resgate dessa dívida social historicamente acumulada: pela Justiça e pelo AMOR à Nação e ao País. Esta Conferência pode indicar melhor esse caminho e firmar um compromisso para sua construção; e de caminhá-lo enquanto é construído.

REFERÊNCIAS

1. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 1978. *Cuidados primários de saúde.* Brasília, UNICEF, 1979. 64 p.

2. MAHLER, H. *Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud.* Conferência pronunciada no Ministério da Saúde, Brasília, agosto de 1978.

3. ARCOVERDE, Waldyr. Discurso de posse no cargo de Ministro da Saúde. Brasília, 1979.

4. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Planejamento. III Plano Nacional de Desenvolvimento 1980-1985. *Diário Oficial*, seção I, parte I, supl. ao n.º 31, 13 fev. 1980, p. 1-22.

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Proposição de diretrizes; uma contribuição – Ministério da Saúde (versão preliminar).* Brasília, 1980. 21 p. Texto apresentado à 7.ª Conferência Nacional de Saúde.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documentos do encontro especial dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para definição de diretrizes de ação conjunta em saúde. Tópico: Serviços básicos de saúde. Brasília, setembro de 1979.

EDUCAÇÃO E SAÚDE: POR UMA PARTICIPAÇÃO SOLIDÁRIA NA PROMOÇÃO SOCIAL

EDUARDO DE MATTOS PORTELLA
Ministro de Estado da Educação e Cultura

1 – SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Na atual etapa de nosso desenvolvimento social, político e econômico, constitui oportunidade particularmente importante a presença do setor educacional na discussão sobre a extensão de serviços básicos de saúde, tema central desta 7.ª Conferência Nacional de Saúde. A este tema o setor educacional apresenta-se ligado por dois elos fundamentais: como formador dos recursos humanos necessários e, também, porque a extensão de cuidados de saúde, atingindo faixas mais carentes da população, terá um impacto positivo sobre os programas educacionais, culturais e desportivos, visando às áreas de maior pobreza.

2 – O ESFORÇO EDUCACIONAL COMO PARTE DO ESFORÇO GERAL

No III Plano Setorial do MEC – 1980-85 – nos referimos ao fato de que "questões relevantes da Educação muitas vezes encontram tratamento mais eficaz fora do próprio sistema educacional, a saber, no problema da pobreza, entendida, aqui, em sua dimensão econômica e política. Por exemplo, o aproveitamento escolar depende tanto das condições da clientela em termos de renda, nutrição, saúde, higiene, saneamento, quanto das qualidades pedagógicas do sistema ensino-aprendizagem, particularmente na infância". O esforço educacional deve fazer parte de um esforço geral, tanto na área econômica quanto na social, pois não ocorrerá uma solução satisfatória de problemas se não houver convergência entre o desenvolvimento das áreas sociais e das áreas econômicas. Tal como enfatiza a Organização Mundial da Saúde: "O desenvolvimento econômico é necessário para o alcance da maior parte dos objetivos sociais e o desenvolvimento social é necessário para o alcance da maior parte dos objetivos econômicos".

3 – INTERDEPENDÊNCIA ENTRE AÇÕES DE SAÚDE E AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS

Se, por um lado, o processo educativo é fortemente dependente de fatores que estão fora dele, por outro lado, a ação dos demais setores está grandemente condicionada pelo desenvolvimento educacional e cultural. Esta afirmativa é particularmente verdadeira quando analisamos a promoção do desenvolvimento de ações de saúde e de ações educativas, culturais e desportivas. Da mesma forma que o processo da educação requer condições

básicas de saúde da população de educandos, não pode haver adequada promoção, prevenção, cura, e reabilitação da saúde, sem que o indivíduo, as famílias ou comunidades, aos quais estes cuidados se destinam, tenham um nível mínimo de instrução ou de acesso aos bens da cultura.

Citando ainda o nosso Plano Setorial, é válido reafirmar que "embora seja sempre complexo fazer convergir iniciativas oriundas de pontos diversos do sistema global de planejamento, é mister aceitar, em definitivo, que a visão puramente setorializada da política social ou econômica produz perspectivas distorcidas e incompletas, provocando, muitas vezes, uma falsa sensação de auto-suficiência". No caso da educação e da saúde, não apenas temos de convergir as iniciativas como, mais do que uma integração teórica e formal, urge uma participação solidária, objetiva e concreta na promoção social do homem brasileiro. Participação solidária que deverá se fazer tanto na etapa de planejamento quanto na fase de execução, acompanhamento e avaliação das atividades, quer no âmbito federal, regional, estadual e municipal e, se estendendo, do nível pré-escolar ao pós-graduado.

4 – SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO NO MEIO RURAL E NAS PERIFERIAS URBANAS

No caminho em busca da promoção social, especialmente dos mais carentes, os serviços de saúde sob a égide dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, em proposta conjunta (Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional, Política Social, pág. 105, 1980), resolveram instituir o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PRO-SAÚDE) que "deverá permitir a universalização do atendimento das necessidades básicas de saúde da população, projetando-se como instrumento de mobilização comunitária" (1).

Portanto, como estratégia para a universalização de cuidados primários de saúde, promove-se a extensão de serviços básicos através do PRO-SAÚDE. Este programa tem o seu correspondente no setor educacional. Trata-se do desenvolvimento de duas linhas programáticas básicas: EDUCAÇÃO NO MEIO RURAL e EDUCAÇÃO NAS PERIFERIAS URBANAS.

Estas linhas programáticas constituem uma estratégia que visa à universalização do acesso ao processo educativo-cultural e desportivo das populações mais carentes. “A primeira linha programática é a educação do meio rural, buscando atingir um dos focos mais acentuados de pobreza no País. Considerando que na área rural verificam-se as menores taxas de escolarização, os maiores índices de repetência e evasão e a maior dificuldade de adequação da educação às particularidades da clientela e do meio, encontra-se aí um grande desafio. Levando ainda em conta a propensão a migração, em si inevitável, mas fortemente acelerada pelas condições de pobreza rural, coloca-se o problema complexo de imprimir à oferta de serviços educacionais conteúdo condizente com as necessidades sócio-econômicas locais.

Dadas as condições atuais da zona rural, particularmente em regiões economicamente mais desequilibradas, a universalização do 1.º grau é meta ainda longínqua. De modo particular, a educação formal tem-se mostrado nem sempre ser o caminho mais eficaz, por conter rigidez normativa que violenta o ambiente próprio da vida rural. Impõe-se, portanto, repensar a política de educação para essas áreas, especialmente no que se refere aos planos curriculares, à descentralização dos programas e à efetiva participação da clientela. Isto implica aproveitar todos os recursos locais e adequar a oferta de serviços educacionais às necessidades e possibilidades sócio-econômico-culturais do meio rural. Assim sendo, espera-se poder oferecer serviços educacionais mais convenientes à estratégia de sobrevivência das famílias pobres, fazendo igualmente eco à prioridade nacional concedida à agricultura“ (2).

6 – EDUCAÇÃO NAS PERIFERIAS URBANAS

"A segunda linha programática, complementar à primeira, é a educação nas periferias urbanas, definidas estas como as áreas de concentração da população urbana mais carente. Colocando-se o caráter redistributivo e o mobilizador como dimensões essenciais da educa-

ção, o problema das periferias urbanas se localiza no aspecto economicamente seletivo dos serviços educacionais. Assim é que, quem mais precisa, maiores dificuldades tem de inserir-se no processo educacional e de nele sobreviver.

Por estas razões, tornam-se importantes a educação pré-escolar e a educação supletiva, na busca de soluções para as problemáticas fundamentais em torno do acesso ao ensino de 1.º e 2.º graus. A educação pré-escolar é relevante, tanto pelo seu impacto pedagógico quanto pela possibilidade de influenciar as condições de nutrição, de saúde e de higiene das crianças e das famílias. A educação pré-escolar deve, portanto, ser entendida como aquela que se faz antes do ingresso no 1.º grau, independentemente de limite de idade, incluindo-se mesmo a ação sobre as gestantes. Tendo em vista que nos primeiros anos da infância se decidem, em grande parte, as potencialidades da personalidade humana, o impacto sobre a criança, a partir dos 7 anos de idade, pode estar já totalmente comprometido com um passado de desnutrição e de pobreza. Acresce, ainda, o fato de que o acesso ao pré-escolar, concentrado nas famílias ricas, acentua ainda mais a distância para com o aproveitamento escolar de crianças pobres."

7 – ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS PROGRAMAS

Ambos os programas deverão se desenvolver por meio de uma estrutura dinâmica e flexível com capacidade para atuar segundo as condições peculiares de cada região, polarizando, conforme os objetivos, todos os órgãos do próprio Ministério, inclusive associando-se a outros ministérios, como aliás já o fez com o Ministério do Interior, no caso, por exemplo, das periferias urbanas.

8 – MEIOS PARA ATUAÇÃO SOLIDÁRIA

A correspondência entre estes programas e o de extensão de serviços básicos de saúde reside, principalmente, em que procuram atuar junta à faixa mais carente da população rural e urbana, procurando contribuir para a reversão das manifestações negativas no campo educacional e da saúde, determinadas pela pobreza. São vastas as interfaces destes programas e que poderão se desenvolver solidariamente.

A escola – sua estrutura física e sua organização – é também um instrumento de identificação das necessidades básicas da comunidade, entre as quais se incluem os cuidados de higiene e saúde. O estabelecimento de cuidados primários de saúde da mesma forma que as ações sócio-educativas irão requerer a participação da comunidade, das famílias e dos indivíduos, de tal modo que haja maior participação na determinação e solução dos seus problemas educacionais e de saúde. A escola poderá ser compreendida como um centro de irradiação comunitária, por sua utilização múltipla em tempo integral (desportos, assistência social, desenvolvimento cultural, etc.). Deve-se ressaltar, ainda, o papel da escola em fazer chegar ao núcleo familiar, através da criança, as questões básicas de higiene, saúde, nutrição e prevenção de doenças.

A escola poderá também exercer influência substancial na abordagem de programas de nutrição, quer através da Campanha Nacional de Alimentação Escolar, quer como centro de mobilização da população rural dos objetivos do PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição). Assim, tanto os programas de cuidados básicos de saúde quanto os de ações sócio-educativas poderão contribuir para um esforço integrado em busca de condições de produção que possibilitem a melhoria da qualidade do meio rural e das margens urbanas.

A formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde constitui também outro ponto de convergência entre os programa educacionais e de saúde, já aludidos, especialmente visando à formação das diversas modalidades de agentes de saúde a nível de 2.º grau. Em complementação, através de mecanismos não-formais, utilizando inclusive os cursos supletivos, poderá o setor educacional contribuir para a formação ou reciclagem de agentes de saúde.

O aprofundamento de atividades solidárias, nas interfaces destes programas de edu-

cação e saúde, deverá também contemplar a interação entre as atividades do ensino de nível superior e os cuidados especializados de saúde que requerem tecnologia complexa.

9 – OUTROS PROJETOS

Constituem atividades prioritárias para o MEC, especialmente em relação ao 1.º e 2.º ciclos, o desenvolvimento integrado com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social dos seguintes projetos:

- Reavaliar as profissões e ocupações na área de saúde.

- Aperfeiçoar a Habilitação Básica em Saúde, prevendo sua terminalidade, mediante complementação de estudos.

- Definir estratégias para experimentação de metodologias aplicáveis ao processo de formação de recursos humanos para a saúde.

- Desenvolver estudos que permitam identificar os problemas que interferem no desenvolvimento de uma ação integrada sistema formador X sistema utilizador de recursos humanos para a saúde.

- Dinamizar os Programas de Saúde (conteúdo curricular obrigatório – Lei n.º 5 692/71 art. 7.º).

- Definir estratégias que orientem os sistemas de ensino a planejar os programas de saúde, buscando compatibilizá-los com as necessidades do meio, do aluno e com os recursos existentes para a elaboração do material adequado.

Esse planejamento deverá ser feito sem perder de vista a integração da escola nos movimentos de mobilização comunitária, visando a sua adequação aos objetivos propostos e à melhoria do meio ambiente. O enfoque que pretendemos imprimir aos programas de saúde reconhece que a escola se transforma, ao lado das tarefas normais de ensino, em difusora de ensinamentos capazes de contribuir diretamente para o bem-estar e a saúde de nossa população. A importância do ensino dos programas de saúde surge da necessidade de compatibilizar seu conteúdo programático à própria realidade médico-social local onde o aluno vive, sempre sem perder de vista a faixa etária a que pertence.

Especificamente em relação ao pré-escolar, o Projeto Saúde está se desenvolvendo integralmente com o Programa Criança para Criança, cuja formulação está dentro do espírito de se proporcionar à criança condições de se transformar em agente de preservação da saúde, de bem-estar próprio, da família e da comunidade na qual a escola está inserida.

10 – CUIDADOS PRIMÁRIOS E UNIVERSIDADE

Cabe, finalmente, uma reflexão sobre a interligação existente entre cuidados primários de saúde, através de serviços básicos, e a universidade, através de suas escolas, hospitais, bem como as atividades de pesquisa em saúde.

Tal como já vinha acontecendo com o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), grande parte das ações de saúde pode ser executada por pessoal com formação a nível do 1º e 2.º ciclo ou mesmo com agentes de saúde treinados por via não formal, a nível da comunidade. Entretanto, cabe ao sistema formador prover os recursos humanos tanto para o nível de atenção primária quanto para os níveis de atenção secundária e terciária, ou seja, cuidados mais complexos de saúde, exigindo tecnologia crescentemente sofisticada. Estes, inclusive, servem de sustentação, como centros de referência aos programas de cuidados primários.

11 – FORMAÇÃO DE MÉDICOS GERAIS

Porque tem que formar recursos humanos para todos os níveis, o setor educacional, em relação às escolas de Medicina, está procurando incentivar a formação de médicos gerais, em apoio à universalização da atenção à saúde. Para isto, torna-se necessária uma reversão da ênfase curricular que tende a preparar especialistas e subespecialistas, em detrimento da formação de médicos gerais.

Os centros médico-acadêmicos deverão procurar os meios que lhes pareçam mais adequados para a consecução destes objetivos. Entre estes, pretende-se implementar os seguintes pontos, em relação à área médica:

1) Ao nível da graduação, a organização curricular deverá estar voltada para o treinamento nas grandes áreas: **Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia,** evitando-se a fragmentação do curso médico por disciplinas e o treinamento em especialidades e subespecialidades. A Medicina Preventiva deverá estar integrada e participando ativamente das áreas supracitadas, em um contínuo acompanhamento do desenvolvimento do profissional em formação, de tal modo que o ensino das medidas preventivas e curativas de saúde permita um futuro comportamento profissional onde promoção, prevenção e recuperação sejam, em realidade, indissociáveis.

2) As escolas somente terão êxito na formação de médicos gerais se organizarem o treinamento de seus alunos de acordo com as necessidades prevalentes de saúde da população. Conseqüentemente, a organização curricular deverá prever o treinamento em instituições de saúde de níveis primário, secundário e terciário. O treinamento em hospitais universitários destinados a cuidados complexos e sofisticados de saúde deixa de ser o único ou mesmo o principal modo de treinamento profissional.

3) Deverá ser estimulado, mesmo nos primeiros semestres dos cursos de saúde, o contato do aluno com a população das comunidades onde a escola se insere, a fim de que conheçam suas condições sócio-culturais e econômicas, o seu estilo de vida, sua demanda de cuidados de saúde e características epidemiológicas. Outrossim, o ciclo nas instituições universitárias deverá levar em conta as especificidades da formação do profissional de saúde e em particular do médico.

Obviamente, estas medidas a nível da graduação irão requerer reorganização curricular, objetivando a adequação dos programas ao ensino em áreas gerais.

Esta orientação, tornando prioritário o treinamento em cuidados primários de saúde, **não significa modificar o papel que cabe aos hospitais de ensino,** ou seja, a missão de ocuparem o ápice da qualificação ética, científica, e técnica da Medicina do País. Nestes hospitais, deverão se concentrar e se desenvolver as atividades a nível pós-graduado, bem como as atividades de pesquisas biomédicas. Torna-se para isto necessário que os mesmos venham a receber tratamento preferenicial pelos integrantes do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que cabe aos mesmos a tarefa de se responsabilizarem pela assistência médica, treinamento profissional de alto nível e o desenvolvimento majoritário da investigação Clínica no Brasil. A ênfase em cuidados primários não implica em se desmobilizar os hospitais universitários. Pelo contrário, dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, cabe aos mesmos papel fundamental em apoio aos cuidados primários.

12 – CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E PESQUISA

Finalmente, cumpre igualmente destacar o desempenho em relação ao processo de prestação de serviços básicos de saúde. A universidade poderá servir como um centro de pesquisa permanente sobre a metodologia e a tecnologia dos mecanismos de prestação de cuidados de saúde, visando ao seu contínuo aperfeiçoamento, ou seja, servindo, através de programas de investigação científica, como a consciência crítica dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mensagem presidencial ao Congresso Nacional. Política social, p. 105, 1980.

2. III Plano setorial de educação, cultura e desporto 1980/1985.

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ÁREA RURAL

JORGE AUGUSTO NOVIS
Secretário de Saúde do Estado da Bahia

O título proposto a uma das colocações da 7.ª Conferência Nacional de Saúde – Extensão das Ações de Saúde em Área Rural – retrata um flagrante amplamente dimensionado e de expressiva eloqüência no panorama histórico brasileiro. Condensa a construção de uma civilização, seus nítidos privilégios litorâneos, suas características severamente heterogêneas, e suas episódicas incursões, terra a dentro, criadoras de esparsas "ilhas" (18) de progresso, à custa do desalojamento de populações nativas, ou sua absorção aleatória. O arquipélago assim formado banha-se nas águas do nada, se é preferível configurar desta forma, ao ângulo dos valores humanos, as terras em litígio, as terras de ninguém, e outras que completam seu rarefeito tecido conectivo, habitado por quantos sobrevivem às endemias que desafiam a sensibilidade e a capacidade de ação de um povo. É bem verdade que a imagem perfilada, se é realista para vasta extensão do território nacional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste), não será tanto para as demais, melhor aquinhoadas pela sorte na distribuição de bens e valores. Mas, de qualquer modo, também absorvem sua parte, entre as contrastantes necessidades que levam ao desequilíbrio – áreas de progresso e restritas áreas de carência, esmagadas nos limites esbatidos da periferia das grandes cidades.

Daí, a necessidade de caracterizar na marcha para o interior a solução imperativa de atenuar desigualdades, antes mesmo que se tenham resolvido situações peculiares ao descompasso das chamadas áreas desenvolvidas, ou de desenvolvimento hipertrofiado.

Ademais, o processo assim direcionado busca conter o fluxo de uma justa migração, provocada pela miragem das cidades, que tiram, mais do que dão em troca, a energia combalida de quem, ao menos, plantava para comer, nas terras de origem.

Assim a expressão INTERIORIZAR ganha foros de justiça social, isto é, pretende levar ao homem do campo, no campo, as vantagens da educação, da ciência, da técnica, da cultura, do lazer, do progresso, enfim, que o fixarão à sua terra, e não apenas transpiram, de longe, imagens sonoras e visuais, traiçoeiras, na falsidade de suas seduções, e na falácia do seu consumismo.

Até porque, fundamentalmente, o futuro próximo de nosso país há de se construir no interior, onde extensas glebas esperam a decisão racional de cultivá-las para colher, do trabalho, o alimento, pressuposto de saúde, e as fontes alternativas de energia, tal a convicção de que enquanto falece, em derradeiros estertores, a civilização do petróleo, ressalta, viçosa em sua perenidade, aqueloutra de carnes e cereais, para cuja produção está nossa gente fortemente vocacionada.

1 – A HISTÓRIA ENSINA

A Medicina e, no seu contexto clássico, a saúde, não poderia fugir ao sentido direcional da conquista de uma nação por si mesma. Antes, acompanhou-lhe decididamente os passos, e levou-lhe o bálsamo da cura, onde se plantou a cruz dos pioneiros e por onde andaram bandeirantes e monçoneiros. Figuras médicas isoladas, hospitais provinciais e escolas médico-cirúrgicas. Santas Casas de Misericórdia independeram da medicina do Reino, antes que a independência política fosse proclamada. E assumiram empiricamente a salvaguarda da saúde pública, como na Bahia, plantando extensa fila de árvores em torno a um cemitério para barrar o vento, condutor de miasmas, na direção da cidade (1). Consagraram usos, implantaram costumes, que se refletem até hoje, mesclados a ditos, sentenças e conceitos, impregnando a sabedoria popular, que cumpre sentir e respeitar, porquanto relicário, tantas vezes, da verdade.

De qualquer sorte representavam o conhecimento da época e acompanhavam sua evolução, conduzindo-se da **era da saúde empírica,** em que o sintonia era o alvo da ação médica, até a seqüente **era da ciência básica,** voltada para a correlação bactérias e doenças, amparada na conquista dos laboratórios, mas a concentrar o equipamento de atividade nos centros maiores da civilização, sempre fortalecido pela energia dos reclamos próximos e pelo silêncio acomodado dos distantes. A primeira metade do século vigente terá sido, sobre tais alicerces, **a era do esplendor da ciência clínica,** pontificado dos grandes mestres, evoluindo para a multiplicação de extenso arsenal de equipes e de técnicas, na busca percuciente do detalhe, no aprofundamento de exames num só paciente, embora incorrendo nos riscos de sua despersonalização. Dominava, assim, uma filosofia médica defensiva, a espera tática do ataque, configurado no multicolorido dos quadros clínicos descritos, e minuciosamente analisados. Sim, porque o imperativo seria a análise casuística, e para tanto, a ciência e a técnica fartavam-se de propiciar avanços e meios.

Mas, enquanto isso, enquanto os grandes centros concentravam-se na busca de onerosas soluções para os chamados "casos raros", populações em massa, desnutridas e disnutridas, pagavam alto preço às endemias e as doenças transmissíveis, alimentando indicadores de saúde, morbidade e mortalidade, de significativo desabono a um pretenso progresso. O sentido da **saúde pública,** preventiva e sistemática, perdia-se nas glórias das campanhas esparsas, confinadas à vigência das epidemias, e cultivadas pela nação, menos como norma de trabalho e convicção de um desenvolvimento integral, do que pelo medo do contágio e a momentânea tomada de consciência dos perigos envolventes. Hajam à vista a data de emancipação do Ministério da Saúde, a alocação de recursos compatíveis com a magnitude das ações, e a inclusão recente, ainda frágil, da saúde como pressuposto de desenvolvimento.

Ante a defasagem montada entre a **era da saúde pública** no Brasil e seus avanços, há um grande tempo a recuperar, pois, já não bastam o diagnóstico e o tratamento comunitários, de forma planejada e tecnicamente executada, e, sim, a mais plena inter-relação das ciências sociais, sanitárias, econômicas e políticas, de modo a preparar abordagens e esquemas operacionais que diagnostiquem e tratem o povo, como ente político total, o "homem integral" e integrado na sua ecologia, capaz de enfrentar as grandes mutações de convivência que hoje o mundo gesta, para a eclosão de uma nova era de valorização da saúde, como direito inalienável do homem, e como dever impreterível do Estado.

Na plenitude de tal concepção, que a Conferência de Alma-Ata (3) suscitou e consagrou, começaram a reverter as ações sobretudo no Terceiro Mundo, assoberbado que ainda se encontra entre a demanda crescente pelos serviços de medicina curativa, os reclamos de mais hospitais, a sofisticação cada vez mais onerosa de seus préstimos crescentemente elitizados, refletindo-se inclusive nos países ricos, a esta altura também preocupados com o custo inflacionado da medicina em prática, progressivamente inacessível a todos (4).

Haja à vista a nossa previdência, ás voltas com o extremo esforço de atender á postulação crescente, de custos igualmente crescentes, tem alcançar o objetivo desejável de sua atuação.

Hajam à vista tantos planos postos em prática, para a interiorização da medicina e do médico no Brasil, sempre modelados nos esquemas curativos, a frustarem dirigentes e dirigidos, pela irrisória abrangência de sua ação. Pecavam pela falta de uma infra-estrutura e de um planejamento de saúde, pela tentativa de reproduzir modelos urbanos de alta tecnologia e baixa cobertura, pela ausência de equipe multidisciplinar de saúde, pelas condições adversas à fixação de médicos, ou pela falta de uma regionalização consciente e responsável. E a análise de situação demonstrava que do mesmo insucesso padeciam outros países da África, da Ásia, e vizinhos nossos, na América Latina (5).

2 — A LUTA PELA SAÚDE

Estava clara a incidência de um erro de enfoque. O modelo adotado não se ajustava à dimensão das necessidades sentidas. A estratégia da luta contra a doença teria que ser completada por outra, a da luta pela saúde. À ação das unidades curativas haveriam que preceder as ações preventivas, atuando em forma de barragem de contenção, saneando o meio, alimentando o homem, estendendo a cobertura de imunização, educando para a saúde, treinando praticantes tradicionais, distribuindo medicamentos básicos, simplificando o processo, para torná-lo exeqüível, na sua tecnologia própria e envolvente, pela participação de todos. Não haveria de ser outra a opção da OMS/OPAS, abrindo perspectiva para amplos projetos de saúde nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e promovendo periódicas reuniões de avaliação, onde destacam resultados altamente significativos, como os de Ram, em Miraj, Índia, comparando o período 1974/1977, em que a mortalidade infantil baixou de 67,6 para 23,1 por 1000, a mortalidade materna de 3,7 para 0,25, enquanto a cobertura DPT e pólio ascendia de 2,0 e 1,5%, respectivamente para 85 e 83% (6).

No particular, a década passada foi tão produtiva quanto decisiva em sua definição. A opção pelos **cuidados primários de saúde** erigiu-se como resposta viável às pressões geradas pelo agravamento das condições de vida e de saúde das populações, aliadas a irracionalidade de uma assistência médica predominantemente hospitalar, de alto custo, crescente sutileza técnica, concentrada nos grandes centros urbanos, desarticulados e superpostos os serviços, numa dispersão de recursos financeiros que avizinha da pobreza a insensatez.

E a partir de certa época, em evolução de pensamento, louvável e consciente, à falta de privilégio do setor social sucedeu sua incorporação aos planos nacionais de desenvolvimento (7), corrigindo distorções, atendendo anseios, e cultivando uma nova filosofia de ação a proporcionar asas à criatividade de jovens e inquietos técnicos brasileiros. A saúde passou a ser vista como pré-requisito e fator de desenvolvimento, e não apenas como benesse dele decorrente. Por ela todos são responsáveis, direta ou indiretamente, tamanhas as variáveis para sua promoção e os benefícios dela promanados.

Essa nova mentalidade desaguou na Lei do Sistema Nacional de Saúde (8) (1975), como proposta de "organização e disciplina" dos serviços de saúde, já a merecer revisão e aperfeiçoamento, em face de novos fatos que decorrem da acelerada evolução do pensamento nacional. Surgem os programas integrados, envolvendo principalmente a interiorização de outras ações, a modernização agrícola,por exemplo, um tanto tímidos, é verdade, mas suficientes para criar um **know how** próprio e adequado a posterior extensão de cobertura reclamada pelas áreas desprotegidas. A **saúde comunitária** desperta como a grande esperança de reverter as estatísticas, assumindo um sentido de resposta à demanda de um direito essencial, que está na consciência coletiva, e, para isto, juntam-se como profissionais de saúde quantos com ela se envolvem, sem as fronteiras e os limites, classicamente admitidos. O movimento desemboca, afinal, num modelo solidário, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) em agosto de 1976 (9), como proposta inovadora em seus princípios e diretrizes básicos, fundamentados na Medicina Comunitária, visando:

- ser instrumento capaz de auxiliar a operacionalização do sistema nacional de saúde;
- instalar uma estrutura básica de saúde de caráter permanente a baixo custo;

- comportar uma perspectiva mais ampla, como agente de mudança, na mentalidade técnico-operacional da prestação dos serviços de saúde – saneamento até então vigente.

Determinado, inicialmente, ao Nordeste, zona de grande concentração de pobreza, desenvolveu-se de forma incisiva ao longo dos anos 1978 e 1979, multiplicando seus **módulos básicos** – já 2 565 postos distritais, referidos a 1 081 centros de saúde, em sedes municipais – ao longo de toda a região (dados de janeiro de 1980) (10). Dir-se-á que o fez de forma heterogênea e com certo açodamento; dir-se-á que à anatomia do processo, avançado como cobertura estrutural, não corresponde plenamente ainda a extensão e o desempenho de sua fisiologia; dir-se-á, ainda, que o setor saneamento básico, componente indissociável à intenção de fazer saúde, não avançou em paralelo, como da prescrição legal, e ameaça entrar em descompasso com a globalidade do programa se não for corrigido a tempo, o que nos levaria ao lirismo inconseqüente de separar coisas que se completam para a garantia de sua eficácia. De qualquer sorte vemos na vitória de sua implantação o sabor da conquista de uma consciência social, a dar nova dimensão ao desenvolvimento e nova ênfase ao rumo político do país.

Há que se levar em conta a fase das mudanças que estabilizaram a vida nacional, e, de modo específico, o despreparo geral para tamanho cometimento. Ainda assim, ergue-se hoje, como fator de presença e como fator de pressão, prestante e irreversível, indicando, embora, à luz de avaliações periódicas, pontos a corrigir e a qualificar melhor, para atingir a meta desejada.

Por outro lado, não se podem destinar soluções iguais para coisas desiguais. Se o Brasil não é o mesmo, nas nuanças que distinguem em Norte e Sul – dentro de um mesmo estado, em função de suas dimensões e de sua ecologia, são diversos os estágios do desenvolvimento, a exigirem por isso mesmo tratamento diverso – aos anseios e expectativas deve corresponder o que se pretende como ação de melhoria ambiental e atendimento comunitário. Uma coisa é implantar um posto de cuidados primários de saúde onde nada existe (áreas do nordeste da Bahia), e outra, bem diversa, é alcançar um povoado da zona cacaueira, assistido pelo sindicato rural, em que a demanda se acomoda à presença do médico duas ou três vezes por semana, financiado pelo FUNRURAL, para os hábitos tradicionais da medicina curativa. O dilema situa-se entre ser fiel ao projeto, ou adaptá-lo à realidade, restando a única alternativa sensata de compatibilizar as duas, em forma de complementação recíproca, o que exige capacidade de análise, pontualidade de avaliação e flexibilidade administrativa.

Se numa região inexiste equipamento de saúde, inclusive em sedes municipais, distantes ou isoladas, constrange frustrar as expectativas comunitárias negando ao centro de saúde, com médico permanente, um complemento modesto de leitos, para repouso e observação, ou para tornar mais enfática a assistência materno-infantil. Evita-se, em tantos casos, a referência ao hospital mais próximo, situado a centenas de quilômetros de distância.

Com isto, atendem-se às próprias recomendações da Conferência de Alma-Ata quando acentuam que “as ações de saúde devem ser culturalmente aceitáveis, tecnicamente apropriadas, controláveis e devidamente escolhidas, em combinações que satisfaçam as necessidades locais” (3).

Em conseqüência, medidas paralelas de consolidação vêm sendo tomadas, dando nova configuração às secretarias de saúde dos estados envolvidos no programa:

- qualificação de recursos humanos, nos vários níveis;
- extensão do processo de educação para a saúde, de forma abrangente;
- fortalecimento progressivo das diretorias regionais de saúde;
- estímulo à mais ampla participação comunitária;
- ênfase em programas de saneamento e melhoria habitacional;
- capacitação para adaptar a estratégia de implantação a modelos zonais, adequados;
- interligação dos módulos básicos a hospitais de médio porte da região (hospitais de apoio), e destes a um de porte maior (hospital regional), sejam eles do estado, muni-

cipais ou de entidades de cunho não lucrativo, fortalecidos por programas e financiamento adequados, no estilo que estamos experimentando na Bahia, com a ajuda da Kellogg Foundation, inclusive.

O aperfeiçoamento do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento é, pois, uma constante, dinâmica e irreversível. Em seu apoio, a tempo, veio à previdência social através do INAMPS, efetivando indispensável financiamento à manutenção dos módulos básicos. A atitude, se reflete a adesão preciosa a uma filosofia de prestígio aos valores do homem brasileiro, significa igualmente a reversão de uma política tradicional e exclusivista, da medicina curativa para seus aspectos preventivos, em que o hospital – ampla, limiar e simplista aspiração das lideranças comunitárias – passa a ser visto como símbolo da doença, e não da saúde, que é o bem porque devemos lutar, elo de uma cadeia sistêmica que ocupa seu lugar, mas não substitui os demais que se lhe antecedem. Por isso, recebemos com aplausos pronunciamentos como o do Ministro Jair Soares, ao deslocar o ângulo de prioridades – das "tomografias computadorizadas, marca-passos, e válvulas mitrais artificiais" para "a aplicação dos parcos recursos de que dispomos em problemas de subnutrição, de endemias, de doenças que entravam o nosso desenvolvimento" – numa forma decidida de prestígio à medicina integral, e justo acordo com a realidade econômica e social brasileira (11), permitindo vislumbrar a progressiva união de forças para a solução de nossos grandes problemas.

Não é interpretada de outra sorte a iniciativa do Governador Antônio Carlos Magalhães, ao decretar, vinculados à melhoria habitacional do trabalhador rural, incluídas as medidas de saneamento ambiental, todos os empréstimos para investimentos agropecuários e agroindustriais concedidos pelos bancos oficiais do estado da Bahia (12), estendida a obrigação à construção de postos de saúde, a serem incorporados à rede básica de saúde do estado.

3 – SAÚDE, DE TODOS, PARA TODOS

Os gestos revelam uma evolução sem precedentes do conceito de saúde como bem social, e na prevalência deste, nos planos de desenvolvimento nacional. A valorização do modelo adotado pelo Brasil, no Nordeste, vem de ser sacramentado pela aprovação do projeto de sua consolidação e da sua expansão a outras áreas do país, pelo Decreto presidencial nº 84.219, de novembro último (13). A década desponta, pois, altamente promissora, mas repleta de responsabilidades para os que temos sobre os ombros a missão de levar as estatísticas vitais do brasileiro ao nível da dignidade nacional e da compostura internacional. Isto não é trabalho, apenas, dos profissionais da saúde, insista-se. Depende de quantos se envolvam – e são todos – direta ou indiretamente com o problema, na formação da mais ampla rede intersetorial que integra, numa só postura, a consciência de um povo, levando a ambição da síntese a consagrar "saúde, de todos, para todos" como o grande lema da decisão nacional.

A hora é, pois, de estar alerta ao êxito do cometimento, consolidando o que existe e estendendo seus índices de cobertura, avaliando e repensando continuamente, somando e trocando experiências e levando inclusive em consideração as súbitas mutações que se processam, com freqüência, nas áreas já estudadas em nossos estados, com índices demográficos que podem se multiplicar em poucos anos, na dependência exclusiva da implantação de novos projetos agrícolas ou industriais, sem a prévia audiência do segmento saúde, que passa a ser exigido sem se haver preparado, porque desavisado para tanto. Acresce o fato de que tal mudança, ocorrendo como fruto de migrações distantes, agrava o problema ante a nova feição nosológica que freqüentemente se depara.

Ante tais fatos, torna-se indispensável a ação central de um organismo de coordenação – chame-se de planejamento – que inclua, obrigatoriamente, o setor **saúde integral** em suas atividades programáticas, prevendo-o, para provê-lo, em pé de igualdade com tantas mais que se executem para a elevação do nível de vida de nossa gente.

Esse sentimento de integração não deve esquecer também as universidades, "vez que não se pode aceitar como natural o divórcio entre os aparelhos formador e utilizador de

mão-de-obra" (14), principalmente quando o primeiro, votando-se ao ensino, à pesquisa e à extensão pode igualmente se constituir num aliado de pendores especulativos para o aperfeiçoamento continuado do sistema. Inspirado nesses princípios firmou-se recente convênio entre a Secretaria de Saúde, a Universidade Federal da Bahia e a Superintendência Regional do INAMPS, visando a mais plena integração saúde X ensino, de que se espera amplo benefício.

4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1) A interiorização das ações de saúde – saneamento no Brasil, centrada no modelo de uma estrutura básica, tipo PIASS, que distribui cuidados primários de saúde, é uma realidade irreversível e animadora.

2) O saneamento ambiental, nos moldes elementares e de baixo custo, não deve ser relegado a plano secundário ou complementar, mas como elemento geminado aos cuidados primários.

3) No estágio em que se encontra cumpre ser consolidado e fortalecido mediante uma estratégia técnica, econômica, financeira, social e política, para a mais ampla abrangência de seus aspectos educacionais, como agente de mudança social e promoção comunitária.

4) A política de capacitação de pessoal deve ser imperativa e abranger todos os níveis, centrando-se, especialmente, no recrutamento, seleção e treinamento regionais.

5) Nesse sentido devem multiplicar-se pesquisas sistematizadas, trocas de experiências, avaliações, conferindo flexibilidade, e não exigindo rígida obediência a modelos pré-estabelecidos, atendidas as adaptações macro e microrregionais.

6) A interligação com as ações exercidas, no particular, pelo INAMPS e as universidades deve ser estimulada como indispensável para a pesquisa, a formação profissional, e a continuidade operacional do processo, em bases mais universais.

7) Igualmente, reforcem-se os esforços para a implementação de sistema nacional hierarquizado ou, melhor dito, escalonado, promovendo, em breve prazo, o entrosamento entre os módulos básicos e a rede hospitalar (hospitais de apoio e regionais), abrangendo, de início, unidades federais, estaduais e municipais, e entidades assistenciais sem fim lucrativo.

8) Animem-se os poderes públicos a estender por todo o Brasil a exigência que busca vincular empréstimo de investimento agropecuário e agroindustrial à inserção de medidas de melhoria da habitação rural visando a ação contra endemias, e a contrução de postos de saúde, quando for o caso, a serem anexados operativamente à rede básica de cada estado.

9) Finalmente, que medidas sejam tomadas para que nenhum projeto de desenvolvimento, visto como fator de alteração ambiental e demográfica, seja implementado, sem a participação efetiva do segmento saúde, nas suas várias fases processuais.

5 – REFLEXÃO FINAL

A aceleração e a transitoriedade são características da era em que vivemos (15). O ontem se confunde com o hoje, e o amanhã nem espera o alvorecer. Tudo obedece a uma curva exponencial de evolução, trefegamente em marcha. Se numa lagoa crescem lírios, e se suas folhas duplicarem a cada dia, de forma a cobrirem-se completamente no 30º, no 29º sua metade estará coberta.

Lester Brown (16) admite que nossa lagoa global esteja nesse limite. Não há tempo a perder... trabalhando para construir com o homem brasileiro as condições de vida que lhe são devidas pela sua própria história.

REFERÊNCIAS

1. Atas da congregação da Faculdade de Medicina da Bahia. 1868. (Pesquisa pessoal.)

2. BARTON, W. L. Alma-Ata: marco de uma nova era em saúde. A *Saúde do Mundo*, jul. 1979, p. 10-14.

3. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 1978. *Cuidados primários de saúde.* Brasília, UNICEF, 1979. 64 p.

4. BETTER health care without more inflation (editorial). *Social Policy*, May/June 1979.

5. NEWELL, K. W., *ed. La salud por el pueblo*. Ginebra, Organización Mundal de la Salud, 1975.

6. FOEGE, William H. *Pharmaceuticals for developing countries*. Washington, National Academy of Sciences, 1979.

7. PLANOS Nacionais de Desenvolvimento II-III. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1975/1979.

8. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei nº 6.229, de 17.7.75. Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial*, 18.7.75. p. 892I-8922.

9. _______Decreto nº 78. 307, de 24.8.76. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. *Diário Oficial*, 25.8.76. p. 11241.

10. REUNIÃO GEIN/PIASS. Documento IV. 1979.

11. SOLUÇÕES de Jair para a Previdência. Planejamento 10 (62): 1979.

12. BAHIA. Leis, decretos, etc. Decreto nº 26.951, de 12. 10. 79.

13. BRASIL. Leis. decretos, etc. Decreto nº 84. 219, de 14.11.79. *Diário Oficial*, 16.11.79, p. 17046-17047.

14. SARAIVA, Regionalização de serviços de saúde: área de Brasília. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1979.

15. TOFFLER, Alvin. *O choque do futuro*.

16. BROWN, Lester. The twenty-ninth days accomodating human needs and numbers to the Easth's resources. Washington, 1979

17. FORMIGLI, Vera. PIASS/Bahia. Janeiro de 1980.

18. VILLAS BOAS, Aldo. Extensão de ações de saúde às populações rurais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975, p. 219-242.

19. SEIXAS, José Carlos. Interiorização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1977. *Anais. Brasília*, Ministério da Saúde, 1978, p. 193-195.

A RESPONSABILIDADE PÚBLICA PELA SAÚDE DO TRABALHADOR

MURILLO MACÊDO
Ministro de Estado do Trabalho

A saúde, como a educação, foi durante muito tempo considerada como um bem de consumo. Só recentemente os especialistas em recursos humanos ampliaram sua concepção teórica a respeito do papel da saúde e da educação no desenvolvimento sócio-econômico de modo a considerá-las simultaneamente como bens de consumo e de investimento. Analisando-se do ponto de vista do consumo, de fato, o homem se beneficia e se satisfaz individualmente toda vez que adquire mais educação e saúde. Educação e saúde proporcionam melhor domínio do mundo físico e social, e abrem inúmeras perspectivas individuais no mercado de trabalho. Enfim, educação e saúde promovem o homem.

Analisando-se do ponto de vista do investimento, o homem se torna mais produtivo toda vez que adquire mais educação e mais saúde. Educação e saúde proporcionam à sociedade mais produção, mais produtividade, enfim, mais eficiência.

Educação e saúde, portanto, apresentam várias semelhanças em suas dimensões econômicas e sociais. As duas constituem investimentos que se realizam no mesmo indivíduo. Mais do que isso, para a maioria dos casos, os sucessos nos programas de saúde dependem da educação e vice-versa. Essa interdependência é tão grande que, em muitas instâncias, os níveis de educação determinam o bom aproveitamento dos serviços de saúde. Esse me parece ser o caso do mundo do trabalho. A elevação dos padrões de saúde do trabalhador depende conjuntamente dos serviços de educação e de saúde. O trabalhador só procura e bem se utiliza dos serviços de saúde quando é adequadamente educado. A experiência mostra que prover serviços de saúde preventiva é apenas **condição necessária** para se elevar o nível de saúde da classe trabalhadora. Para que isso se concretize é de fundamental importância que tais serviços sejam oferecidos através de ações educativas, bem planejadas e bem executadas. Isso me leva a concluir ser difícil conversarmos sobre saúde dissociadamente da educação na área do trabalho.

Os países que mais avançaram no mundo contemporâneo perceberam rapidamente que, para o pleno desenvolvimento da sociedade, mais relevante do que o estoque de capital físico é a quantidade e a qualidade do capital humano disponível em cada momento histórico. Mais importante do que a máquina é o homem. Mas não é qualquer tipo de homem. O que realmente conta para o desenvolvimento é o homem educado, é o homem hígido.

Dentro dessa concepção de investimento, a saúde do trabalhador constitui-se em um dos elementos absolutamente essenciais para o desenvolvimento, Quanto mais saudável, mais produtivo é o trabalhador e, portanto, mais alta é a taxa de retorno do investimento realizado em saúde. Quanto menos saudável, menos produtivo é o trabalhador e, portanto, maior é o seu peso como elemento de consumo na sociedade.

De fato, os investimentos na saúde do trabalhador, proporcionam inúmeros efeitos positivos e aceleradores do processo de desenvolvimento. Em primeiro lugar, os investimentos em saúde redundam em uma ampliação quantitativa da força de trabalho – na

medida em que se eleva a vida-média e se aumenta o número de dias e horas disponíveis para o trabalho. Em segundo lugar, os programas de saúde se revestem de enorme utilidade na medida em que contribuem para melhorar a qualidade do fator trabalho e, conseqüentemente, para elevar a produtividade do homem e da empresa. Em outros termos, os investimentos em saúde propiciam mais e melhor trabalho ao setor produtivo.

Os dois efeitos têm sido largamente avaliados nos países avançados e muita coisa já começa a ser feita aqui no Brasil. Quanto ao primeiro efeito — a ampliação quantitativa da força de trabalho — é comum medi-lo por meio de uma estimativa do valor econômico dos dias e horas adicionais que passam a ser oferecidas no mercado de trabalho. Todos os estudos mostram que cada cruzeiro investido com o fim de evitar a morte precoce e, portanto, prolongar a vida útil do trabalhador, redunda em um benefício positivo para o setor produtivo e para a sociedade em geral que passa a contar por mais tempo com o trabalhador já treinado, experimentado e ajustado aos procedimentos organizacionais da empresa. A morte precoce — por acidente ou por doença — significa fortes perdas sociais quando se levam em conta os investimentos que serão demandados para a educação e saúde do novo trabalhador. Quanto ao segundo efeito — os progressos qualitativos da mão-de-obra — o mais convencional é medir o impacto da melhoria de saúde na produção adicional pelo mesmo trabalhador que trabalha na mesma máquina. Aqui também as pesquisas são unânimes em mostrar que o trabalhador hígido tem mais disciplina no trabalho, falta menos, realiza suas tarefas com menos esforços, produz mais, tem mais satisfação no que faz, acidenta-se menos e conserva melhor os equipamentos. Contrariamente, o trabalhador que adoece precocemente compromete em vários aspectos o processo produtivo, reduzindo, assim, a eficiência da sociedade como um todo.

Mas a atenção à saúde encontra inúmeras outras justificativas — de relevância ainda maior do que as anteriores — quando se consideram os benefícios individuais para o próprio trabalhador. Este é um ângulo de análise onde o valor mais alto é o respeito humano ao trabalhador que, na verdade, tem precedência ao mais puro raciocínio econômico. Afinal, **o dinheiro, ainda que muito invejado, é pouco desfrutado por quem, não tem saúde. A saúde, ainda que pouco invejada, é muito desfrutada por qualquer homem, seja rico ou seja pobre.**

É de bom senso a idéia de que o mais pobre dos homens não troca sua saúde por qualquer fortuna, enquanto que o mais rico dos homens daria com prazer toda a sua fortuna pela saúde que perdeu. Tal concepção, aliás proverbial, merece alguma reflexão á luz do que dissemos a respeito da interdependência entre a educação e a saúde. Vejamos o que podemos aprender de uma análise mais cautelosa do provérbio milenar.

Será que, de fato, o trabalhador não troca saúde por dinheiro? Embora clara e de bom senso, essa concepção nem sempre encontra a sua contrapartida real no mundo social. Não é raro depararmos com trabalhadores que se preocupam quando se fala em mudar as condições de insalubridade e de risco. A preocupação decorre, obviamente, do empenho em preservar o adicional de salário que se aplica nessas condições. Baixa remuneração, surtos inflacionários, expectativas ampliadas, compromissos assumidos e vários outros fatores levam tais trabalhadores a proporem uma troca aparentemente inconcebível para qualquer ser racional. Saúde por dinheiro...

É claro que a reversão desse tipo de atitude depende em parte das modificações estruturais e do próprio encaminhamento das negociações salariais. É inegável, porém, que ela pode ser substancialmente modificada através de ações continuadas na área da educação, em particular, da educação sanitária. O desafio que se apresenta ao pessoal de saúde, portanto, é prover estímulos educacionais suficientemente fortes para promoverem a reversão pretendida induzindo o trabalhador a se engajar em negociações da remuneração do trabalho que visam a eliminar os fatores comprometedores de sua saúde. Assim ocorrendo, ele terá uma vida mais longa e mais produtiva e certamente descobrirá que usufruindo de mais tempo e mais produtividade no trabalho acabará ganhando, ao longo de sua vida útil, muito mais do que os adicionais de

insalubridade e risco que adicionam salário no curto prazo e subtraem existência no prazo mais longo. **Por** isso é que tenho dificuldades em ver os programas de saúde dissociados dos programas educacionais. Cada vez mais a educação sanitária ganha uma posição estratégica na tarefa de prolongar e melhorar a vida do trabalhador, preservando-o contra a morte precoce, a doença ou a incapacitação.

Esta é a linha doutrinária geral que temos imprimido nas ações do Ministério do Trabalho que se voltam especificamente para a saúde do trabalhador. A partir dela se delineiam os programas que visam a prevenir e resolver os diversos problemas no campo da higiene e segurança do trabalho, da prevenção de acidentes e do controle das doenças profissionais. O objetivo geral básico de todos esses programas é um só: tudo fazer para preservar a saúde do trabalhador e alongar a sua vida útil objetivando a sua própria realização pessoal e junto aos seus semelhantes e, simultaneamente, o bom desempenho do processo produtivo.

Para o atingimento de tal objetivo último Ministério do Trabalho ampara-se em uma legislação específica que regula o comportamento dos empresários dos trabalhadore na área de higiene e segurança. Mas pouco seria conseguido se o Ministério se limitasse à mera ação fiscalizadora de cumprimento da lei. Na verdade, o atingimento de tal objetivo depende muito mais do trabalho educativo dos vários especialistas do que propriamente de ações coercitivas. Nesse sentido, o Ministério tem colocado á disposição das empresas, dos trabalhadores e de seus respectivos órgãos de classe os recursos técnicos da FUNDACENTRO e do próprio Ministério através das ações mais variadas, todas elas voltadas para elevar o nível de consciência a respeito da importância da saúde na vida do trabalhador e no processo de desenvolvimento. Esse é o caso dos congressos de prevenção de acidentes do trabalho — que periodicamente reúnem trabalhadores, técnicos e empresários, a fim de definirem e avaliarem os programas preventivos. É o caso das inúmeras campanhas de prevenção de acidentes do trabalho, continuamente em andamento em todo o país. É dentro dessa mesma linha que se insere o programa de formação de supervisor de segurança e especialização de médicos e engenheiros e pessoal de nível médio voltados para a saúde do trabalhador. Hoje, o Brasil já conta com mais de 60 000 especialistas na área de saúde ocupacional que constituem a base humana de operação dos diversos programas educacionais no campo do trabalho e ainda do delineamento de medidas, instalações e equipamentos de proteção com a finalidade de reduzir o risco do trabalhador. Aqui, também, sou da opinião de que o prioritário é o recurso humano, depois o equipamento protetor. De pouco vale o equipamento se ele não é adequadamente utilizado e isto, como vimos, só se consegue com a ação educativa competente dos técnicos da higiene, segurança e saúde do trabalhador.

Mesmo na sua ação fiscalizadora o Ministério tem procurado ser mais educativo do que punitivo. É claro que, em muitos casos, a sanção é imperiosa assim como é necessária a implantação de taxação às condições insalubres e de alto risco, taxação essa que é indiretamente realizada pela via dos adicionais salariais. É neste ponto, repetindo, que ressalta o interpretado pelo trabalhador como um prêmio. O verdadeiro prêmio será por ele ganho quando desaparecer a insalubridade e o risco de suas condições de trabalho. Essa é a orientação que procuramos transmitir aos técnicos do Ministério e a que gostaríamos de ver prevalecer nas CIPAS — comissões internas de prevenção de acidentes — que tantos e tão bons serviços têm prestado ao trabalhador desde a sua criação em meados de 1940.

Dentro da preocupação de atuar em fatores causais da doença e do acidente, o Ministério do Trabalho vem implementando com vigor crescente o programa de alimentação do trabalhador, incentivando as empresas a organizarem seus próprios refeitórios em contrapartida do estímulo e da possibilidade de deduzir tais despesas (até 5% do lucro tributável) com base na Lei 6.321/76.

Essas são apenas algumas ações especificas do Ministério do Trabalho na área de preservação da saúde do trabalhador. Os resultados positivos de todas elas mostram a validade de se investir na saúde do nosso operário. A drástica redução de acidentes obtida nos últimos dois anos permitiu adicionar mi-

lhões de horas de trabalho no processo produtivo assim como evitou mergulhar o trabalhador e sua família na tristeza da invalidez. Os programas voltados para a implantação e uso de equipamentos de segurança, igualmente, vieram a contribuir para se evitar a doença e prolongar a vida do trabalhador, tudo isso redundando em acréscimos na força de trabalho existente. A inspeção das condições físicas de trabalho e o esforço para que seja cumprida a legislação de segurança vêm trazendo, do mesmo modo, benefícios altamente positivos para o trabalhador, para o empresário e para a nação, decorrentes não só de aumento de produção, mas sobretudo de melhoria da produtividade.

Todas essas ações, estou certo, ganharão mais força na medida em que o próprio trabalhador vier a desfrutar de mais poder de informação para então fiscalizar as suas próprias condições de trabalho. A nova lei salarial, em exercício desde novembro de 1979, veio revigorar sobremaneira a negociação do salário e das condições gerais de trabalho. Os aumentos reais de salário, com a nova lei, passaram a ser negociados entre as partes com base na produtividade enquanto que a correção das perdas salariais devidas á inflação é realizada automaticamente através da aplicação semestral do INPC — Índice Nacional de Preços ao Consumidor. Nessas novas condições, tudo indica que o trabalhador passará a lutar por outros benefícios, dentre os quais a preservação da sua saúde me parece ser o mais superior de todos. Assim, o Ministério do Trabalho entende que teremos uma nova trajetória nos nossos investimentos sindicais. Os líderes do sindicalismo brasileiro estão aprendendo rapidamente que, assegurada a correção pela inflação, lhes sobra mais tempo e energia para negociar as outras condições de remuneração do trabalho humano. Amadurecido estará o nosso sindicato quando na lista de suas reivindicações periódicas a saúde do trabalhador aparecer em primeiro lugar.

Meus caros participantes da 7.ª Conferência Nacional de Saúde. Estou certo que vossas senhorias devem amargar problemas de enorme complexidade e para os quais vislumbram poucas possibilidades de resolução imediata, particularmente em um país tão carente de recursos como o nosso. Estou certo também que muitos desses problemas acabam desembocando no mundo do trabalho, pois, é óbvio, o tamanho e a quantidade da força de trabalho estão intimamente associados ao que acontece com a saúde da gestante, do recém-nascido, da criança. Estão associados com o riscos enfrentados pelos adolescentes, relacionam-se com os níveis e estilos nutricionais das várias classes sociais, etc.

Entendo, porém, que grande parte da solução de tais problemas depende mais ações preventivas do que curativas. Ou seja, depende dos programas de profilaxia normalmente executados na área da saúde pública. Ocorre que os programas de saúde pública dependem, por sua vez, de pesados investimentos nos setores de infra-estrutura (água, esgotos, higiene ambiental, controle de poluentes, etc.), assim como de uma melhoria do poder aquisitivo da população, que lhes permita comprar mais e melhores alimentos, ter boas condições de moradia, ter menos desgaste físico no transporte e assim por diante. Tanto a infra-estrutura como a melhoria da renda familiar são intimamente condicionadas pelo trabalho. A sociedade só pode investir quando poupa, e esta se alimenta, acima de tudo, pela melhoria da produtividade do próprio trabalho. Isso me leva a crer que os investimentos em saúde no trabalho atual têm assim uma outra importante externalidade, qual seja, a de proporcionar recursos essenciais para o equacionamento do problema da prevenção da saúde dos demais membros da sociedade. Gostaria de deixar este encadeamento de idéias como um convite á reflexão para os participantes desta conferência. Argumento que os investimentos em saúde do trabalhador não só garantem melhoria das condições de trabalho, mas constituem a base para os investimentos em outros programas de saúde.

Essas são as informações que gostaria lhes prestar no intuito de dizer-lhes o que se passa no Ministério do Trabalho a respeito da saúde do trabalhador. E este pensamento harmônico com as diretrizes gerais do governo do Presidente João Figueiredo para o qual a preservação da saúde do nosso operário constitui a ação mais humanitária e mais prioritária que o Ministério do Trabalho pode desempenhar.

EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS

ADIB DOMINGOS JATENE

Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

Desde muito antes de assumir a Secretária de Saúde de São Paulo, vimos acompanhando os esforços que se vêm fazendo para expandir os serviços de saúde a toda a população.

Há mais de dez anos, como secretário do Departamento de Cirurgia da sociedade Brasileira de Cardiologia, vimos debatendo, na área da previdência social, com diferentes administrações, cada qual com um enfoque particular. Há mais de vinte anos, como funcionário da secretaria de Saúde, chegando a diretor de um dos seus mais destacados institutos, vimos enfrentando as limitações dos orçamentos e procurando desenvolver, em nossa área, técnicas e equipamentos, dentro da nossa realidade. Por seis anos, como representante da Secretaria de Saúde no Conselho Estadual de Tecnologia, pudemos conviver e hoje, para um país como o Brasil, criar sua tecnologia.

Pudemos, assim, sedimentar algumas idéias e, mesmo sem ter tido a formação de dimento, na área de saúde, deve ser oferecido a toda a população. Ainda como diretor do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, costumávamos dizer que só tem assistência quem puder chegar a um posto de atendimento pelos seus próprios meios de locomoção, o que vale dizer, para a maioria da popu-lação, a pé. A necessidade de descentralização dos serviços parecia-nos absolutamente fundamental; entretanto, constatávamos um aumento de centralização obrigando a população a se deslocar a grandes distâncias, para obter o atendimento mais elementar.

Esta convicção vem sendo confirmada através de inúmeras reuniões de que temos participado, como secretário de estado, em assembléias populares nos bairros periféricos de São Paulo e onde verificamos que, na maior cidade da América do Sul, cujo potencial econômico e financeiro é o mais elevado do País, onde a Medicina alcançou seu mais alto nível de desenvolvimento, onde os hospitais e serviços vêm incorporando toda a moderna tecnologia, grandes até para vacinar seus filhos. Esta é uma situação inteiramente inaceitável e que tem de ser modificada urgentemente. Não se trata de fazer oposição â incorporação do desenvolvimento científico e tecnológico já feita, em nosso meio, á área de saúde. Permitam que faça uma reflexão em torno deste assunto, para esclarecer nossa posição.

Acreditamos que o desenvolvimento científico e tecnológico que levou o homem á Lua, que permite acoplar naves no espaço e, ao mesmo tempo, controlar, da terra, todos os sinais vitais dos astronautas, que permite assistir, em televisão colorida, ao vivo, a um

programa de outro hemisfério, que revolucionou as comunicações, criou a Cibernética, controlou a energia nuclear, etc., é um patrimônio da humanidade. Acontece que este patrimônio realmente controlado por poucos países. Há países que incorporaram praticamente todo este conhecimento a área médica. Isto gerou a criação de uma indústria de material e medicamentos que se complica na medida em que o conhecimento científico e tecnológico se adianta. E esta indústria contribuiu, decisivamente, para o aprimoramento do diagnóstico, da terapêutica e o oferecimento de equipamentos capazes até de manter artificialmente a vida. Há aparelhos extraordinariamente sensíveis e que substituem uma série de funções do organismo. Mas, simultaneamente, esta indústria adquiriu um imenso poder. Não é absurdo dizer que quem orienta a Medicina, hoje — a chamada moderna Medicina — não são mais os médicos, nem as organizações hospitalares. Quem orienta a Medicina é a indústria. Porque a indústria, atuando como tal, com as suas técnicas de **marketing,** com a sua agressividade, com o seu interesse em vender, sugestiona, aconselha, demonstra, oferece financiamentos, etc., e induz os hospitais, as faculdades, os profissionais de saúde, os professores e mesmo os alunos à utilização de um arsenal que, realmente, colocado a serviço do homem, melhora suas perspectivas de vida. Este arsenal, nos países de origem, ou onde esta tecnologia existe, onde a realidade cultural, econômica, financeira, tecnológica, etc. permite, é perfeitamente razoável e inteiramente aceitável. Há outros países que também detêm essa tecnologia, mas que não incorporaram esse conhecimento a área médica. Não criaram essa indústria de material médico, não usaram esses recursos para aprimorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Essa omissão talvez seja atenuada pela organização do atendimento básico e primário das populações e por uma ênfase na medicina preventiva.

Temos de aceitar que o desenvolvimento científico e tecnológico não deve beneficiar, com exclusividade, a instrumentação militar, como alguns países pretendem fazer. Achamos que ninguém pode ser contra a incorporação da ciência e da tecnologia á área de saúde, especialmente quando este alguém, ou pessoas de sua família, necessitaram e receberam benefícios dessa incorporação. Somos daqueles que acreditam que esse instrumental, incluindo produtos biológicos e químicos, deve ser utilizado em benefício do homem; por isso não podemos ser contra sua incorporação a área de saúde.

Temos de ser contra a distorção a que estamos assistindo, em nosso país, da coexistência do mais alto nível de assistência médica do mais baixo nível de assistência á saúde, na mesma cidade e no mesmo local. Isto e o que julgamos absolutamente inaceitável e devemos corrigir, não combatendo a incorporação da ciência e da tecnologia, que não pode não deve ser revertida, mas corrigindo a omissão, inaceitável e incompreensível, no atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população, especialmente as urbanizadas mais recentemente. Isto não significa aceitar as distorções com que a incorporação dos novos recursos de diagnóstico e terapêutica foi feita, em nosso país.

Incluímo-nos entre os que acham que esta incorporação nos vem sendo imposta por quem encontra argumentos e meios de introduzir toda uma complexa gama de produtos importados, que, certamente, não têm o rendimento e a produtividade adequados, porque estão fora da nossa realidade científica, tecnológica, cultural, econômica e financeira. Colocamo-nos entre os que reconhecem a existência de um grande contingente de equipamentos subutilizados, ociosos e até mesmo nunca utilizados.

Estamos entre os que pensam que não podemos continuar aceitando, passivamente, agravamento de uma situação que não interessa ao País. Estamos entre os que procuram preservar a incorporação já feita em nosso meio com o estímulo ao desenvolvimento da tecnologia nacional e com o reforço das medidas capazes de permitir que nossas instituições de ensino e pesquisa realmente estudem, orientem e comandem os rumos do desenvolvimento do setor saúde, em nosso país.

A expansão dos serviços de saúde, nas áreas urbanas, deve, portanto, pretender corrigir as desigualdades existentes na cobertura das necessidades da população, proporcionando a prevenção e oferecendo oportunidade de atenção e de assistência a todos.

Nossas colocações serão particularizadas para o estado de São Paulo e, especialmente, para a Grande São Paulo, mas podem ser extrapoladas para outras regiões do País, com as correções que se fizerem necessárias.

Os vários modelos, inclusive os propostos pela Organização Mundial da Saúde, para países em desenvolvimento, não se aplicam, inteiramente e em particular, no estado de São Paulo, em primeiro lugar porque a população do estado está urbanizada em 90,2%, ficando apenas 9,8% no campo. Em segundo lugar porque esta urbanização se fez rapidamente. Dados do IBGE demonstram que, na década de 70, a população da Grande São Paulo variou de 8 milhões, em 1970, para uma estimativa superior a 13 milhões, em 1980. Destes, 5 milhões, 68,5%, são migrantes. Em terceiro lugar porque existe, um grau de incorporação de conhecimentos científicos e tecnológicos que não pode ser revertido. Em quarto lugar porque convivem, na mesma área, o grau mais elevado de assistência e a ausência total dos recursos mais elementares de saúde.

Isto ocorre, em grande parte, porque o setor saúde, em nosso meio, é multiinstitucional, nele atuando os governos federal, estadual e municipal, com órgãos dependendo de vários ministérios, várias secretarias de estado e municípios, integrado, ainda, por entidades filantrópicas e beneficentes, por serviços privados e profissionais liberais, por empresas de caráter lucrativo — algumas de grande porte — e, até mesmo, recentemente, grupos multinacionais.

Tais serviços atuam com total, ou quase total, descoordenação e, em conseqüência, foram instalados sem prévio planejamento de sua localização, não havendo, ainda, nenhum instrumento legal que discipline esta localização. Desta forma, cada qual decide onde e como atuar, verificando-se que a maioria preferiu as áreas mais desenvolvidas e mais centrais, concentrando o atendimento e obrigando a população a se deslocar, por vezes, a longas distâncias, a fim de conseguir a assistência mais elementar. Este fato pode ser facilmente demonstrado quando se analisa a distribuição dos hospitais em funcionamento na cidade de São Paulo.

Na área central, onde vivem 1 100 000 habitantes, existem 53 hospitais com 13 312 leitos, o que dá um coeficiente de 12,2 leitos por mil habitantes. Na área intermediária, onde vivem perto de 1 800 000 pessoas, existem 51 hospitais com 7 932 leitos, ou seja, 4,4 leitos por mil habitantes. Já na área periférica, onde vivem aproximadamente 5 500 000 pessoas, existem 38 hospitais com 5 753 leitos, ou seja, 1 leito para cada mil habitantes. Pode-se identificar áreas com 300 000 habitantes sem um leito sequer.

Parece-nos que o corolário inevitável desta constatação é a criação de instrumento legal capaz de proibir a construção de novos hospitais, ou a ampliação dos existentes, na área central, enquanto não se corrigir a insuficiência constatada na área periférica.

Esta situação tanto pior quando se sabe que, nessas áreas periféricas, não existe diversificação profissional e social capaz de suprir, por seus próprios meios, suas necessidades, criando outros recursos na área de saúde, não havendo, também, grande interesse de profissionais, ou de grupos, de se instalarem nessas áreas, onde a condição sócio-econômica da região não oferece qualquer atrativo.

Não há, também, definição, na área governamental, sobre como e quem deve dar cobertura a essas populações. A Secretaria da Saúde opera, no interior do estado, para 47% da população, 556 centros de saúde, dos quais, 510 são próprios e 46 alugados ou cedidos. Na Grande São Paulo, para 53% da população do estado, mantém 203 centros de saúde, dos quais apenas 51 são próprios, sendo os demais alugados ou cedidos. Como, nas áreas periféricas, não existem prédios adequados para serem alugados, a grande maioria desses centros de saúde está instalada, precariamente, sem conservação adequada e com recursos humanos que, de forma alguma, podem atender as necessidades mínimas da população.

É indispensável definir, para as áreas metropolitanas, que deve haver, para cada grupo populacional, cuja dimensão deverá estar de acordo com a densidade de população, vias de acesso, etc . , uma unidade sanitária em condições de ser responsável não só pela prevenção primária, mas também pela atenção primária, funcionando como porta de entrada para um sistema integrado de saúde.

Os serviços de saúde devem ser permanentes e acompanhar o crescimento da população, localizando-se de forma tal que possam ser atingidos com facilidade, por esta mesma população. Pode-se dizer, repito, que só tem assistência quem puder chegar a um posto de atendimento pelos seus próprios meios de locomoção, o que, para grande parte da população, vale dizer a pé.

Deve ficar claro que quanto melhores os níveis de saúde e as condições sócio-econômicas, maiores são as exigências destas populações, na área de saúde.

É um erro pensar que, melhorando-se as condições de saúde, diminuem-se as despesas. Estas são crescentes, especialmente diante dos modernos recursos propiciados à área médico-hospitalar e que não devem ser negados aos pacientes. Por isso, é indispensável definir com clareza o nível de atendimento que se pretende oferecer à população e, particularmente, o grau de incorporação a área médica dos avanços científicos e tecnológicos.

Não é aceitável, repito, que os rumos da assistência sejam determinados pelos fabricantes de produtos e equipamentos, muitos inteiramente fora da nossa realidade científica, cultural, tecnológica, econômica e financeira.

De qualquer forma, qualquer que seja o nível de atendimento e o grau de incorporação dos novos avanços, a manutenção e expansão dos serviços existentes deve pressupor uma destinação de recursos que garanta a continuidade do que já existe. Desde a manutenção e recuperação dos prédios, até a reposição automática e imediata dos recursos humanos e todo o material de consumo. Deve garantir, também, que a expansão projetada, desde a rede física, preparação de recursos humanos e o posterior custeio, disponha dos meios indispensáveis para garantir a operacionalização do sistema.

Nas condições atuais, a rede de prevenção e atenção primária de que a Secretaria de Saúde dispõe é mantida, quase que exclusivamente, com recursos do Tesouro do estado. Em 1979, os repasses do Ministério da Saúde representaram 0,3% e os da Previdência Social, obtidos através do CIAM, apenas 2,8% do cômputo geral do orçamento da Secretaria. Se incluírem os recursos que o estado destinou ao saneamento, então, estes percentuais representariam 0,12 e 1,1% .

Após estas colocações preliminares, que nos parecem pertinentes, vamos analisar, rapidamente, a proposta que vem sendo estudada, em São Paulo, para a área metropolitana, considerada prioritária.

Esta região, que representa 3% da área do estado, concentra 53% de sua população. Como já foi assinalado, o crescimento populacional desta região se fez de forma rápida (5 milhões em 10 anos) e é, na sua maioria, constituído por migrantes (68,5%).

Grande parte desta população constituída por pessoas com baixo índice de escolaridade e sem qualificação profissional e, em conseqüência, com baixa renda e baixo padrão habitacional, o que, associando-se a um estado nutricional deficiente e as más condições de saneamento, propicia um risco maior de doença. Esta população, efetivamente, apresenta as maiores taxas de mortalidade e morbidade, em nosso estado.

Criaram-se grandes conglomerados, onde não foram, ainda, instalados os equipamentos básicos para atendimento das necessidades primárias destas populações. O Poder Público fica como único responsável pelo planejamento, instalação e operacionalização da rede de serviços a população. Esta responsabilidade é repetida a cada momento, nas assembléias populares pela saúde, desde que praticamente todos recolhem, para a previdência social, aquilo que, no seu entender, lhes dá direito, líquido e certo, a assistência de que necessitam. Reivindicam, assim, indiferentemente, do INAMPS, estado e prefeitura, como se fossem um só organismo.

As deficiências são gritantes, não apenas em termos de leitos hospitalares, considerados todos os existentes, públicos e privados, mas também de unidades sanitárias, considerando as do estado e as dos municípios em conjunto.

Baseados na Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, que delega às secretarias estaduais as funções de coordenação e integração, decidimos fazer um planejamento global das necessidades da área metropolitana, procurando definir a distribuição geográfica e o tipo de equipamento necessário as áreas mais carentes e, simultaneamente,

desestimular e até proibir a ampliação dos recursos nas áreas já amplamente atendidas. Isto corrigiria a necessidade que a população tem de longos deslocamentos, para atingir os serviços de saúde.

Decidimos, também, selecionar uma área representativa, para instalar, em curto prazo, um projeto-piloto onde se eliminassem as distorções observadas e se promovesse uma ampla e completa integração de recursos, permitindo que a Medicina fosse exercida dentro de princípios éticos e técnicos capazes de oferecer segurança aos que dela necessitam e satisfação a equipe de saúde que a exerce. O sistema garantiria, também, uma cobertura total, na parte preventiva e de promoção de saúde, com participação ativa da comunidade.

Para isto, foi criado um grupo de trabalho constituído por profissionais de saúde, técnicos e administrativos, tanto de nível central, como intermediário e local, e por elementos da própria população com participação nas reivindicações por melhores condições de saúde.

A área escolhida, denominada Conglomerado São Mateus, compreende uma área da região leste de São Paulo, distando perto de 30 km do centro da cidade, abrangendo cerca de 50 km^2 e perfazendo 3,5% da área do município de São Paulo. Além de ser representativa da periferia da cidade, contava com população organizada e motivada para obter melhores condições de saúde.

A população, estimada em 340 000 habitantes, representa uma densidade de 6 800 hab/km^2 e onde mais de 50% da mortalidade infantil deve-se as doenças diarréicas e infecções respiratórias. A população em questão conta, para sua assistência médico-sanitária, com quatro centros de saúde do estado, precariamente instalados em prédios alugados, e quatro postos de saúde municipais, instalados em prédios próprios especialmente construídos para este fim. Funciona, ainda, na área, uma clínica médica com pronto-socorro particular. Não existe nenhum leito hospitalar na área.

O atendimento dos centros de saúde da região representa 8,75% do que deveriam fazer, dentro da nova programação. Este baixo percentual deve-se a deficiências da planta física, material e equipamentos, recursos orçamentários e, especialmente, humanos. Para uma unidade como a do Jardim IV Centenário, planejada para 20 000 pessoas e para onde se prevêem 32 funcionários, existem no pequeno posto atual apenas quatro.

Na mesma área, existem 39 escolas, todas especialmente construídas, a maioria em dois andares, com quadra esportiva, etc . , funcionando em três e até em quatro turnos. Isto demonstra a demanda da população em idade escolar e amplia o contraste com a área de saúde, inteiramente insuficiente para esta população.

O estudo cuidadoso levou a proposição de construção de 15 novas unidades, sendo sete para 10 000 habitantes, seis para 20 000 habitantes e duas para 50 000 habitantes, permanecendo as quatro unidades da prefeitura, totalizando 19 unidades. A distribuição da população e a capacidade das unidades obedecem a amplo levantamento da região, com participação ativa do pessoal da Secretaria, de nível local, e, especialmente, com a colaboração direta de representantes da própria população.

Cada unidade devem conhecer a população que vai servir, para que, com o tempo, seus pacientes possam ser identificados como pessoas conhecidas. E fundamental, dentro deste plano, a situação dos profissionais da equipe de saúde, particularmente do médico. É reivindicação constante das assembléias populares pela saúde a presença do médico. Não querem centros de saúde para vacinar e fazer as ações preventivas. Exigem a presença constante do médico. Este fato confirma a idéia de que, quanto maior o nível sócio-econômico da região, maiores são as exigências na área de saúde e mais caro o seu custeio.

O projeto inclui dois hospitais de 150 leitos, o que representa algo próximo de um leito por mil habitantes. Este número pequeno deve-se à idéia de que, na cidade, existe um número aparentemente suficiente de leitos para onde os casos mais complexos serão referidos. Pretende-se que estes hospitais tenham o mínimo de incorporação de tecnologia e façam o atendimento básico de pediatria, clínica médica, cirurgia geral de pequeno porte, obstetrícia e ginecologia e emergência, tendo para onde referir seus pacientes que necessitam de remoção.

Deverá existir um mecanismo que permita aos médicos da rede básica freqüentar os hospitais, para acompanharem seus pacientes internados. Este sistema propiciará o retorno do médico de família, pois se pretende que, ao invés de ter de trabalhar em vários empregos, dedique todo o seu tempo e atenção à população vinculada a sua unidade.

Enquanto a rede básica se prevê governamental, ainda não há decisão firmada sobre a propriedade dos hospitais, que, talvez, devessem ser regidos por associação especialmente constituída pela própria comunidade. E assunto em estudo, mas que não deve atrasar a instalação do projeto.

Toda a quantificação de atendimento e de pessoal baseia-se em parâmetros estabelecidos na prática do INAMPS, em nosso estado, e nas programações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde.

Toda a área da Grande São Paulo está sendo estudada dentro da mesma metodologia, levantando-se todos os recursos existentes e programando-se as necessidades. Desta maneira, poder-se-á dispor de um planejamento global com definições capazes de informar decisões que visem impedir o agravamento das distorções existentes.

O estudo global prevê, além da rede básica e dos hospitais locais, seguindo o modelo do Conglomerado São Mateus, a regionalização e hierarquização de toda a rede de atendimento médico-hospitalar existente, com a criação, também, de ambulatórios de referência isolados, ou acoplados a hospitais, para onde os pacientes da rede básica seriam, inicialmente, referidos. Estes ambulatórios, próprios ou contratados do INAMPS, permitiriam a referência aos hospitais, para internamento, ou a contra-referência para a rede básica, a fim de realizar o controle ambulatorial

A rede hospitalar pública e privada, inclusive os hospitais de ensino, continuariam seu relacionamento com o INAMPS, que, em seus próprios, ou como comprador de serviços, é o único capaz de adequar o atendimento hospitalar.

Nem me digam que esta proposta reacende uma longa discussão sobre delimitação de áreas. Não pretendemos atender discussão mas estimular ação. Entendemos a delimitação de área de atuação não como separação, mas como integração racionalizada, sabendo exatamente quem deve fazer o que, onde e como, colocando nas mãos de quem assume esta responsabilidade os recursos necessários, não para promoção pessoal de quem quer que seja, mas para atender as necessidade da população com que estamos irremediavelmente comprometidos.

A participação do INAMPS no auxílio da rede básica atualmente existente nos parece da maior importância e tudo leva a conclusão de que deve ser mantida. Por outro lado, seu comprometimento com o atendimento secundário e terciário, é de tal importância que se pode dizer hoje que o destino dos hospitais depende das decisões do INAMPS. Custa crer que consiga atender as exigências da rede hospitalar, revitalizar a rede de serviços básicos subutilizada e ainda movimentar a ampla rede que se está propondo e que pretende incorporar mais de 40 milhões de pessoas que estão a margem de qualquer atenção para a saúde.

Já afirmei e repito que a idéia de aplicar no atendimento primário para reduzir os gastos com saúde me parece equivocada. Acredito mesmo que, na medida em que melhorarmos o atendimento primário, a referência de casos para internamento deverá aumentar. Ou não existe neste país demanda reprimida? Estou convencido que o problema dos recursos para a área de saúde não se resolve com realocações ou com mudança de prioridades.

Insisto que a rede hospitalar deve ser preservada a qualquer custo, sob pena de causarmos prejuízos que podem se tornar irreparáveis. Rotular o atendimento, que se faz nestas instituições, de medicina comercial, que apenas favorece grupos interessados em explorar a doença como mercadoria, não só uma distorção grosseira, mas uma injustiça que se comete com milhares de colegas e profissionais de saúde, que se sacrificam na luta contra a doença e não medem esforços para recuperar seus pacientes.

Corrigir os desvios propiciados pela influência excessiva da mais avançada tecnologia merece aplausos, mas deve ser empreendido em todos os níveis e não apenas na área

médica. Aí estão os prédios grandiosos, as agências bancárias suntuosas, as próprias repartições burocráticas luxuosas, que representam uma ofensa e uma agressão não só a população carente e desassistida, com dificuldade até para vacinar seus filhos, mas também aos profissionais de saúde que trabalham em condições precárias.

O que precisamos na área de saúde é de um aporte substancial de novos recursos, de preferência vinculados, para promover uma revolução no atendimento primário.

Estou convencido de que as secretarias estaduais e municipais têm condições de coordenar as forças vivas das populações que já vêm lutando por melhores condições de saúde e adequar o atendimento ás particularidades regionais e simultaneamente reanimar os profissionais dos vários níveis, já descrentes dos planos que não tragam no seu bojo o esquema financeiro que os irá viabilizar.

Seguindo a metodologia que estamos empregando, o número de unidades e o pessoal necessário consumirão uma massa de recursos que a simples realocação não irá solucionar. O prazo para atender a esta demanda nas áreas metropolitanas está esgotado.

Nosso projeto-piloto serve como modelo alternativo e laboratório de estudo para corrigir, na prática, as eventuais distorções, e já está em processo de licitação, com prazo de seis meses para conclusão a partir da assinatura do contrato. Ainda este ano deveremos iniciar a construção de mais 54 unidades pela Secretaria de Saúde. A Prefeitura Municipal deverá construir outros 30 centros.

Mais 300 unidades serão necessárias somente na área metropolitana. Os grandes municípios do interior já estão programando, de acordo com sua realidade local, dentro da mesma linha. Os outros estados também têm necessidades semelhantes e poderiam assumir este encargo.

A movimentação de toda essa estrutura não se fará tirando recursos de onde já se tem dito reiteradamente que são insuficientes mesmo para cobrir os gastos atuais.

Estes recursos novos poderiam vir de qualquer fonte, mas devem pressupor continuidade e atualização. Por isso me animo a sugerir para análise alternativa o acréscimo de 1% na contribuição patronal para a previdência social, vinculado ao atendimento primário, e destinado às secretarias estaduais e municipais. Esta vinculação não alteraria a sistemática dos orçamentos vigentes, mas obrigatoriamente representaria um acréscimo como destinação específica capaz de modificar inteiramente o setor com a velocidade desejada.

Se as populações rurais ou de países do Terceiro Mundo podem esperar pelo ano 2 000, as populações das áreas metropolitanas exigem uma resposta agora.

Por isso o esquema tem que ser viável, de mobilização imediata, seguramente vinculado e comprometido com um tipo de ação que não é exigência das autoridades da saúde, mas da população carente e abandonada, que assiste marginalizada a um progresso que não entende e espera uma atenção a que tem direito e que lhe deve ser concedida por quem tiver sensibilidade e decisão para resgatar a grande dívida social e consagrar a idéia de que só teremos o direito de oferecer o máximo a alguns quando garantirmos o mínimo a toda a população.

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR NO CAMPO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, E SUA INFLUÊNCIA NA SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

MÁRIO DAVID ANDREAZZA
Ministro de Estado do Interior

1 — INTRODUÇÃO

O Ministério do Interior se tem feito presente, na promoção da saúde da população brasileira, em três níveis de ações, que se complementam, e, ao mesmo tempo, apresentam aspectos convergentes.

Em um primeiro nível, a atuação do Ministério volta-se para a criação de empregos e para uma melhor distribuição da renda, procurando, para tanto, fortalecer a economia regional, com reflexos na área política e no campo social, através do estabelecimento de condições que visem a redução da pobreza, tanto no meio urbano como no meio rural, atenuando, assim, uma das resultantes mais intimamente ligadas aos desníveis inter-regionais de desenvolvimento.

Para atingir tais objetivos, pretende-se acelerar o crescimento econômico das regiões menos desenvolvidas, particularmente do Nordeste, proporcionar maior apoio às pequenas e médias cidades e as áreas rurais, e proceder a descentralização das decisões, seja pela maior autonomia conferida aos órgãos regionais de desenvolvimento, seja pela participação direta dos estados, dos territórios federais e dos municípios, com ampla adesão dos diferentes setores da comunidade, como fator preponderante no processo de desenvolvimento social.

Em um segundo nível, colocam-se as ações voltadas para a melhoria das condições de vida da população, através de medidas que visem a ampliação da oferta, nos campos da habitação, do saneamento, da educação, da previdência e assistência social, entre outros.

No âmbito dos programas habitacionais, Ministério do Interior vem atuando de maneira a acelerar a execução do Plano Nacional da Habitação, de modo a atender, a curto prazo, as faixas da população de baixo poder aquisitivo, destacando, nesse particular, o Programa Habitacional para as Populações Rurais e o Programa Habitacional para as Populações Urbanas, que ocupam moradias sub-humanas, como os mocambos e as palafitas.

Quanto às habitações rurais, encontra-se em estudo a criação de mecanismos especiais, para suprir, também, o novo programa de fontes adequadas de recursos, de modo que, paralelamente a atuação na área urbana, possa a política habitacional alcançar, igualmente, os brasileiros que vivem no campo.

Em relação às palafitas e aos mocambos, Ministério do Interior, através da ação conjugada do BNH e do DNOS, está implantando o programa PROMORAR, que combina objetivos de recuperação de áreas alagadas de construção de habitações populares. A extraordinária vantagem do PROMORAR

consiste em realizar a síntese desses objetivos, sem que ocorra, necessariamente, o deslocamento ou a remoção dos moradores para pontos afastados dos locais de origem, preservando-se, assim, os laços da convivência e os vínculos com a comunidade, em função dos quais o grupo familiar encontra meios para subsistir, e, em muitos casos, para complementar seus rendimentos.

Os programas de saneamento geral e ambiental do Ministério do Interior desenvolvem-se em quatro faixas específicas:

I — Programa de Saneamento Ambiental em Areas Urbanas, que objetiva possibilitar a abertura de novos espaços úteis, através da recuperação de áreas selecionadas.

II — Programa de Saneamento Ambiental em Áreas Rurais, que objetiva a recuperação de terras agricultáveis, para incorporação ao processo produtivo agrícola.

III — Programa de Controle de Enchentes e Recuperação de Vales, que tem por finalidade a efetivação das obras contra enchentes, visando à regeneração de áreas urbanas e rurais, selecionadas em função de sua importância geoeconômica, favorecendo, inclusive, o aproveitamento racional das potencialidades do solo e suas implicações no desenvolvimento econômico dessas áreas.

IV — Programa de Controle de Erosão, previsto para deter e corrigir o fenômeno da destruição e do empobrecimento de solos, nas cidades e nos campos, em amplas áreas afetadas.

A tal propósito, será, sem dúvida, oportuno destacar a meta a ser atingida, isto é, o atendimento com serviços de abastecimento de água, até 1985, de todos os municípios brasileiros. Para tal fim, busca-se, prioritariamente, a compatibilização do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) com a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, ao mesmo tempo em que se promove o aperfeiçoamento dos mecanismos do Sistema Nacional de Saneamento, a articulação com a Fundação SESP, com vistas ao saneamento básico no meio rural e ao controle da qualidade da água, e o fortalecimento técnico e financeiro dos órgãos de saneamento dos estados, para que possam desempenhar, com eficiência, suas atribuições.

Em um terceiro nível de abordagem, poder-se-ia mencionar as ações de saúde propriamente ditas, e que são levadas a efeito pelo Ministério do Interior, principalmente através dos programas especiais como o POLONORDESTE e o POLAMAZÔNIA, em articulação com as secretarias de saúde dos estados, com vistas a desenvolver as práticas de medicina simplificada, e as pesquisas específicas na área da saúde, além de promover atividades complementares, relativas ao aprimoramento administrativo do setor.

A estas devem-se acrescentar os programas de saúde e saneamento nas comunidades indígenas, executados através da FUNAI, fundação vinculada ao Ministério do Interior. Por meio de medidas específicas nesse campo, pretende-se, principalmente, prestar a indispensável assistência médico-sanitária as comunidades indígenas, preservando-se do contágio e assegurando níveis satisfatórios de saúde aos grupos tribais, como complemento aos trabalhos de atração e assimilação do silvícola ás comunidades não índias.

Ainda no campo das ações de saúde, o Ministério do Interior, através do excelente desempenho da Fundação Projeto Rondon, vem motivando contingentes cada vez mais expressivos da juventude universitária, no sentido de sua efetiva integração ao processo de desenvolvimento brasileiro.

Além do atendimento médico-odontológico, em termos complementares, a população carente do interior do País, as equipes do Projeto Rondon têm executado trabalhos no campo do ensino de medidas preventivas da saúde, junto aos núcleos populacionais visitados, no treinamento do atendimento hospitalar, especialmente no campo da ginecologia, obstetrícia e dos primeiros socorros, como também tem realizado pesquisas e levantamentos específicos, para as secretarias de saúde dos estados.

2 — AÇÕES REGIONAIS

Com base em um dos principais objetivos da ação do Ministério do Interior — promoção do desenvolvimento urbano, a nível regional — podem ser salientadas algumas das ações, no campo do desenvolvimento social, promovidas pelo Ministério do Interior, com repercussões diretas ou indiretas na área de saúde.

Na região Norte, procura-se acelerar o crescimento da economia regional, buscando-se assegurar a expansão da oferta de empregos, mediante a criação de novas oportunidades para investimentos produtivos, ao mesmo tempo em que se busca por outros meios a melhoria da qualidade de vida da população.

No processo de ocupação da Amazônia, por exemplo, vem sendo dado destaque a promoção de atividades para o correto aproveitamento das riquezas locais. Cuida-se, também, de ordenar e direcionar, de forma adequada, o fluxo das migrações, de modo a garantir aos migrantes condições de trabalho, renda e bem-estar, incentivando-se a absorção de mão-de-obra pelo setor produtivo. Dinamizam-se os programas de colonização e o processo de regularização fundiária, ao mesmo passo que se intensifica a criação e a implantação de programas integrados, para atendimento ao pequeno agricultor, fixando-o a terra e elevando seu nível de produtividade. Adotam-se medidas tendentes a estimular formas associativas, entre os pequenos produtores, e estuda-se a criação de incentivos capazes de induzir ao assentamento de agricultores.

No setor saúde a SUDAM, em harmonia com o Plano Básico de Ação Sanitária para a Amazônia, tem complementado muitas das ações de saúde na região, desde a modernização e adequação administrativa do sistema institucional de saúde, aos instrumentos e dispositivos que constituem os mecanismos de atuação sanitária em vigor.

A ação da SUDAM, no setor, tem-se refletido na mobilização dos esforços para a solução dos problemas da região, com o desenvolvimento de atividades de assessoramento, junto as secretarias de saúde, de implementação e apoio aos laboratórios de saúde pública, de interiorização de ações de saúde e saneamento, da capacitação de recursos humanos, do combate as doenças transmissíveis, da assistência médico-sanitária, do saneamento geral e do saneamento básico e de pesquisas de interesse biomédico. Tais atividades são implementadas com recursos financeiros da própria SUDAM e dos programas especiais, tais como o Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (POLAMAZÔNIA) e o Programa de Recuperação Sócio-Econômica do Nordeste Paraense (PRONORPAR) .

Para o Nordeste, a atuação do Ministério do Interior está orientada no sentido da dinamização do seu desenvolvimento sócio-econômico, com ênfase na redução das diferenças intra-regionais, e visando, gradativamente, a atenuação das disparidades existentes entre a região e o resto do País, e a eliminação progressiva dos bolsões de pobreza rural e urbana ali existentes.

O desenvolvimento social será perseguido, de um lado, através da execução das estratégias do desenvolvimento rural e da industrialização, no sentido de absorver o máximo possível de mão-de-obra e uma melhor repartição dos frutos do crescimento, e, de outro lado, pela expansão e melhoria, em caráter de prioridade, dos serviços de educação e treinamento profissional, saúde e nutrição, habitação e saneamento, previdência e assistência social.

As ações do Ministério do Interior mais importantes, no que se refere a área de saúde, dizem respeito aos programas de extensão de cobertura, desenvolvidos pela SUDENE, e que complementam o trabalho, a nível interministerial, realizado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. A participação do Ministério do Interior se faz sentir através de recursos financeiros do Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste (POLONORDESTE), além da participação da SUDENE nas atividades de apoio técnico-administrativo.

À guisa de ilustração, o investimento feito através das secretarias de saúde, com interveniência da SUDENE, no período de 1976 a 1979, em 37 projetos, somaram, aos preços de então, a importância de Cr$ 258,2 milhões, no âmbito da medicina simplificada.

Impõe-se salientar que estas ações de medicina simplificada, que se desenvolvem graças ao POLONORDESTE, são potencializadas por ações integradas, desenvolvidas através da melhoria da renda do pequeno agricultor, e de investimentos, com vistas ao incremento de economias externas, em estradas vicinais, energia, e outros fatores indiretos de propulsão do desenvolvimento. Isto permite que a extensão de cobertura das ações de saúde, voltadas para o indivíduo ou para a

coletividade, tome-se mais eficiente, eficaz e permanente.

Nas duas regiões mais desenvolvidas do País — Sul e Sudeste — as ações do Ministério do Interior estão voltadas, principalmente, para a descentralização das atividades produtivas e para a dinamização de áreas relativamente estagnadas ou subdesenvolvidas.

Na área social propriamente dita, são duas as ações de maior repercussão: a primeira se refere a necessidade de promover a descompressão urbana das regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, e de controlar e ordenar a expansão das regiões de Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre; a segunda diz respeito a programas especiais de desenvolvimento, para áreas relativamente estagnadas ou subdesenvolvidas, como o vale do Jequitinhonha, noroeste de Minas Gerais e Norte fluminense.

Particular atenção deve ser dada a questão do emprego nessas regiões, onde estão situadas as maiores metrópoles brasileiras, e para onde se dirige a maior parte dos contingentes migratórios.

Esse esforço, voltado para a criação e melhoria das condições de trabalho, deve visar, sobretudo, as áreas periféricas das regiões metropolitanas e das grandes cidades, com ações que cubram os setores geradores do aproveitamento da mão-de-obra, nas faixas menos favorecidas. Aí também deve concentrar-se a maior parte do esforço governamental, no que se refere a habitação de baixa renda. Toda ênfase, também, deve ser dada a descentralização industrial e ao fortalecimento das cidades de porte médio.

Tudo isso, ao lado do apoio que deve ser proporcionado a região, com vistas a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de saneamento, transporte, saúde, educação, previdência social e assistência social, particularmente para as áreas e populações mais carentes.

O desenvolvimento social da região Centro-Oeste estará voltado, principalmente, para aplicação de recursos financeiros e técnicos e para a absorção de contingentes populacionais deslocados de outras áreas do país. Par tanto, será dada prioridade a ocupação econômica do Centro-Oeste, particularmente das áreas do cerrado, através de pequenos e médios produtores, aproveitando-se, preferencialmente, as terras disponíveis, a tecnologia agrícola já desenvolvida, a maior proximidade de centros consumidores e a existência de infra-estrutura de transporte e comunicações. Um outra função importante da região é servir de via natural de penetração e ocupação efetiva da Amazônia, como elo de ligação com Centro-Sul.

Ainda no tocante ao desenvolvimento social, grande ênfase deverá ser dada ao estímulo a ser proporcionado aos pequenos e médios produtores, através de programas de regularização fundiária, de formação de cooperativas, de assistência técnica, de crédito fácil e de outras medidas de alcance imediato.

O Ministério do Interior vem também desenvolvendo, na região Centro-Oeste, ações sanitárias preventivas, treinamento de recursos humanos, além da construção de unidade de assistência médica e farmacêutica, ligada ao Sistema Nacional de Saúde.

5 — CONCLUSÃO

Como se vê, no desempenho de suas atribuições, o Ministério do Interior, ao mesmo tempo em que vem promovendo a integração das diferentes regiões brasileiras, com ênfase especial na atenuação dos desníveis regionais e intra-regionais, dedica-se, com especial empenho, às tarefas de valorização do homem e, nesse esforço, alia-se, em profundidade, ao que se vem fazendo, na esfera interministerial, em favor da saúde, da educação e do aproveitamento da força de trabalho, dos habitantes deste país continente.

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DE EXTENSÃO DA COBERTURA

ALMIR JOSÉ DE OLIVEIRA GABRIEL
Secretário de Saúde do Estado do Pará

1 — INTRODUCÃO

A maior apropriação dos frutos do conhecimento científico e tecnológico por uma parte da população mundial engendrou, nestas últimas décadas, a acentuação da desigualdade da qualidade da vida entre os diversos estratos de uma sociedade e dos povos entre si. No que respeita a saúde, a utilização de novos e complicados métodos que visam maior eficácia no diagnóstico e no tratamento individuais concorreu, também, para o incremento dessa desigualdade.

As evidências epidemiológicas demonstraram ser cientificamente incorreta — e moralmente inaceitável — a absorção de recursos vultosos em atividades de alta complexidade, com baixa cobertura, em detrimento de outras, mais simples, de abrangência ampla sobre o meio e as coletividades.

A mobilização mundial dos organismos de saúde, no sentido de redirecionar o esforço dos governos para um novo enfoque, tem sido considerável e o engajamento do Brasil no sentido de ampliar a oferta de bens e serviços de saúde a toda a sua população evidencia-se lento e penoso em face da existência de óbices importantes.

E indispensável, no entanto, racionalizar a aplicação de recursos, com medidas que visem incrementar vigorosamente as ações elementares, através de unidades locais de saúde, otimizando-se os recursos comunitários e formais disponíveis, pela integração de serviços e programas, com vistas a real extensão da cobertura. Esta é a única opção viável, a curto e médio prazos, especialmente em regiões como a Amazônia, de enorme extensão territorial e baixa densidade demográfica, na qual o desenvolvimento econômico será por muito tempo ainda focal e com algumas incertezas.

2 — CONCEITOS BÁSICOS

A organização dos serviços de saúde tem acompanhado a evolução histórica da Medicina e, mais recentemente, recebido influências ponderáveis de outras áreas de ciências mais modernas.

A busca de novas soluções deve basear-se na análise crítica da experiência mundial, regional e localmente adquiridas, que permitam formulações de conceitos e diretrizes para uma ação duradoura e eficaz.

Integração — A doutrina da etiologia específica estabeleceu que, para cada nosologia, um fator singular atua sobre o indivíduo, provocando desequilíbrio que conduz ao estado de doença (Cohn, 1960). Os estudos de Pasteur e Koch reforçaram e consagraram a doutrina (Dubos, 1959, 1965). A organização dos serviços de saúde então concebidos caracterizou-se pela especialização extensiva.

O reconhecimento mais recente de que o fator nutritivo (Scrimshaw **et al.,** 1968), o psicossocial (Moss, 1973) e outros influenciam na severidade da doença e no êxito do tratamento levou a concepção da causalidade múltipla, sugerindo May (1960) que hospedeiro, patógeno e ambiente são igualmente importantes na epidemiologia de uma população.

Do conceito holístico de saúde originou-se modificação importante da abordagem das doenças, segundo uma visão globalizante, que gerou a necessidade de uma ação integrada e sistêmica.

Sabe-se, hoje, que a higidez de uma população não é produto apenas do setor saúde. Ela deriva, também, do estado do meio, do

acesso da população aos alimentos e, especialmente, da necessidade da própria comunidade de utilizar ou consumir os bens e serviços informais e formais disponíveis.

De outro lado, reconhece-se que a atuação isolada de órgãos do mesmo setor, ou de setores conexos, produz benefícios muito abaixo dos recursos utilizados, ocasionando desperdícios injustificáveis.

A abordagem fragmentada das necessidades, aspirações e interesses das pessoas e das comunidades, pelos órgãos governamentais e particulares, impõe deformidades ou privilégios que desestimulam a capacidade criadora, restringem a autodeterminação, bloqueando a participação da comunidade no funcionamento e utilização adequados dos serviços de saúde.

Cobertura — O enfoque atual de cobertura parte do reconhecimento político da saúde como um direito de todos e dos indivíduos em particular. Esta noção global, no entanto, privilegia os grupos mais vulneráveis e desassistidos da população (rural e periurbana) e, a semelhança da educação, considera universal o direito ao acesso aos bens e serviços elementares ou primários de saúde, desde o nascimento a morte, e em todos os estados de saúde, doença e invalidez (Oficina da área IV OPAS/OMS — 1976).

Unidades locais — São aquelas que prestam serviços de saúde diretamente as pessoas e a comunidade.

Em razão do conceito de especialidade, durante muito tempo essas unidades foram tidas como não significativas para a saúde, pela sua incapacidade de solucionar problemas especiais.

O reconhecimento atual da causalidade múltipla da doença conferiu ao meio e as condições psicossociais grande importância. E estes fatores só podem ser atingidos por unidades locais de saúde dinâmicas, que atuem **extramuros** e no interesse das comunidades. Elas constituem, hoje, em seu conjunto, a base do sistema de saúde.

3 — SITUACÃO ATUAL

É importante analisar certos condicionamentos extra-setoriais que influenciam decisivamente na situação do setor, como, por exemplo, alguns aspectos econômicos e demográficos.

Aspectos econômicos — Nestes últimos cinqüenta anos, o governo brasileiro concentrou seus esforços no sentido do crescimento econômico do país. Buscou-se a substituição da importação de produtos industrializados de consumo e permanentes.

A carência de capital e a baixa tecnologia apropriada induziram projetos profundamente marcados pelos custos, levando-os a se localizarem predominantemente junto aos grandes aglomerados urbanos, pela abundância de mão-de-obra, proximidade de mercado consumidor, e menor investimento em transporte, energia elétrica, comunicações, etc.

O crescimento concentrado do parque industrial no Sul-Sudeste e o próprio crescimento de algumas empresas exigiram a ampliação do mercado consumidor, absorveram rapidamente a infra-estrutura energética, de transportes, etc., e ampliaram a necessidade de importação de bens de capital. Como conseqüência, foi estimulada a indústria agropastoril e de mineração, e a exploração de produtos primários para exportação.

A distribuição do trabalho da Nação tomou nítidos contornos, ficando o governo com a responsabilidade da manutenção e desenvolvimento da infra-estrutura e de promoção do bem-estar social, e a empresa privada coube a tarefa da produção de outros bens e serviços.

A nova etapa do crescimento induziu à criação de macroempreendimentos econômicos, abrangendo simultaneamente vários estados e regiões e sua correspondente infra-estrutura. Para tal o governo federal centralizou o planejamento e a acumulação de recursos, objetivando acelerar e induzir o desenvolvimento, segundo prioridades nacionais, acima portanto dos interesses dos estados e dos municípios.

A capacidade de poupança e de empréstimos nacional foi dirigida prioritariamente para os setores produtivos, privilegiando empreendimentos e mão-de-obra a eles vinculados.

Os investimentos e o custeio do bem-estar e da saúde são feitos as custas de impostos e taxas cobrados direta ou indiretamente

do consumidor ou do trabalhador, e que a eles retornam, deixando a margem os grupos populacionais que estão fora do mercado mais ativo de trabalho ou de consumo. No particular aspecto do Pará, a soma de recursos arrecadados pelo governo federal, através de seus órgãos (MPAS, Ministério da Fazenda e outros), supera em muito o arrecadado pelo estado.

Muito embora o total dos investimentos federais em grandes projetos econômicos supere, em muito, o orçamento do próprio estado, eles não são acompanhados com recursos especialmente destinados a fazer face aos deslocamentos sociais que provocam, nem o estado deles dispõe para fazê-lo.

Aparentemente o planejamento nacional coloca o setor saúde dentro do campo estrito do consumo, não incorporado (por doutrina ou dificuldade financeira) o conceito de que gastar em saúde diretamente é, também, investir para o desenvolvimento, especialmente pelo aumento da capacidade laborativa do trabalhador rural. Além deste aspecto, acresce, ainda, que a maioria dos órgãos de saúde não dispõe de sistema de custos, dando assim pouca consistência a formulação de orçamentos, que buscam fixar-se predominantemente sobre um percentual do orçamento geral ou sobre o valor do anterior, apenas corrigido, incapaz de dimensionar adequadamente a expansão anual da prestação de serviços e de investimentos.

Os custos adicionais, devidos as grandes distâncias, dificuldades de comunicação e transportes, gasto maior de tempo ou com número maior de supervisões, não são adequadamente dimensionados e remunerados pelos órgãos financiadores. Em face disso, reduz-se a capacidade do setor saúde e afins de mobilizarem recursos que permitam expandir suas ações até a área rural, rompendo o ciclo vicioso provocado pela pouca saúde, que leva a baixa produtividade do homem do campo e a incapacidade de auto-sustento adequado que, por sua vez, propicia o aumento da prole como força auxiliar de trabalho na lavoura e em outras atividades, impõe baixo nível de escolaridade de seus filhos e parcos recursos para melhorias de suas habitantes; enfim, baixo nível de vida.

Aspectos demográficos — A população brasileira apresenta um contingente de menores de 15 anos acima de 40%, e apenas 8% ultrapassam 55 anos. De acordo com dados de 1970, 42 milhões de habitantes localizam-se em área rural, e 53 milhões em área urbana, distribuídos em 7 834 localidades, das quais 5 395 tinham menos de 2 000 habitantes e 1 241 tinham entre 2 a 5 mil habitantes.

As últimas décadas têm evidenciado um progressivo aumento do percentual urbano em relação ao rural sem, no entanto, haver diminuição do número absoluto de habitantes do interior. O acelerado processo de urbanização das metrópoles é devido ao rápido crescimento dos setores secundário e terciário da economia, gerador de forte expectativa nos meios rurais. O crescimento da população destas metrópoles não é acompanhado pela ampliação da oferta de serviços básicos de saúde, gerando dificuldades e tensões graves.

Na Amazônia e, em especial, no Pará, além do fenômeno de urbanização crescente, observam-se migrações pendulares motivadas pelo extrativismo e forte mobilização de populações de outros estados brasileiros, especialmente para o sul do Pará e locais de implantação de grandes projetos econômicos. Nestas áreas, os assentamentos populacionais são feitos, dirigidos ou espontaneamente, com incrível rapidez e ao longo de estradas e rios de difícil e estranho acesso. A esperança de conseguir lote de terra própria ou empregos mobiliza contingentes expressivos, dos quais apenas parte se fixa na região. Este fluxo, não controlado, implica obviamente em problemas nosológicos, especialmente, em relação a malária, febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, etc.

A construção de habitantes provisórias ou "experimentais" e as condições de saneamento, na maioria desses aglomerados, são precárias. São raros os assentamentos nos quais os serviços de saúde chegaram simultaneamente com a implantação de colonos, como em Tailândia, implantada pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA).

Indicadores de saúde — De acordo com o relatório sobre extensão das ações de saúde as populações rurais, apresentado a 5.ª Conferência Nacional de Saúde por A. Villas Boas, "cerca de 50% do total de óbitos ocorrem no grupo de menores de 5 anos, e as doenças

infecciosas e parasitárias, as enterites e outras enfermidades diarréicas associadas a desnutrição protéico-calórica e as anemias nutricionais encontram-se entre as principais causas de morte. Quanto a morbidade, prevalecem as doenças transmissíveis com aproximadamente 370 casos por 100 mil habitantes. (...) Segundo dados do IBGE, entre 7 milhões e 600 mil domicílios situados nessas áreas, somente 2,47% estão ligados a rede geral de distribuição de água, e 26% são abastecidos por poços ou nascentes. No que se refere a instalações sanitárias, 1,6% possuem fossas sépticas, 23% fossas rudimentares, e 75% não dispõem dessas instalações. Recente estudo levado a efeito pela Fundação SESP demonstrou que 70 a 95% das habitações rurais lançam os seus despejos na superfície. Essas casas não possuem instalações sanitárias, ou as que possuem são) inadequadas (...) . (...) nas pequenas localidades, cidades e vilas, somente 29% dos domicílios estão ligados a rede de abastecimento de água; cerca de 70% não possuem banheiros e mais de 40% não têm privadas. Das escolas, 75% não dispõem de bebedouros, 49% de lavatórios, 59% de filtros e 27% de instalações sanitárias" (15).

No Pará, a malária, a tuberculose, a coqueluche, o sarampo, a hepatite e a hanseníase são problemas sérios de saúde, aos quais progressivamente vêm se acrescentando a doença de Chagas, a esquistossomose, a febre amarela e arboviroses identificadas em número cada vez mais significativo.

Serviço de saúde — As empresas prestadoras de serviços a população concentram-se nas capitais e grandes centros urbanos como conseqüência da maior disponibilidade financeira nestes centros. O mesmo perfil se desenha para a empresa médica. Além disso, grupos populacionais urbanos expressam com ênfase suas aspirações e exercem pressão, ao contrário da área rural, geralmente dispersa, que pouco se mobiliza e raramente vocaliza suas necessidades. Devido a carência ou a inadequada utilização dos recursos, estes acabam se concentrando ainda mais nas zonas de pressão urbana. Disto resultou que, até 1977, cerca de 40% dos municípios brasileiros não dispusessem de serviços de saúde e, naqueles onde existiam, em geral não seguiam um trabalho programado com vistas ao saneamento e a assistência as pessoas.

Na maioria, as unidades das vilas, distritos e povoados não pertencem a mesma entidade mantenedora da sede municipal, onde, com freqüência, localizam-se unidades públicas pertencentes a diferentes órgãos de governo e serviços privados.

Articulação interinstitucional — Ao longo de décadas, tem sido reiteradamente colocada a necessidade da articulação interinstitucional no setor saúde. Não tem sido fácil, no entanto, vencer resistências em todos os níveis, muito embora a esmagadora maioria dos responsáveis pelos órgãos esteja de acordo com a premência da decisão e da ação correspondente.

Sem dúvida a visão não globalizada da saúde, no momento da constituição dos diversos órgãos governamentais ligados ao setor, há 40 ou 50 anos atrás, induziu a criação de serviços de saúde destinados a clientelas e trabalhos específicos. Estas unidades, ao se reunirem no sentido vertical, acabam por constituir órgãos estaduais, regionais ou nacionais político-administrativamente fortes, com planejamento e programação centralizados, cujas unidades são meras executoras de ordens do nível central, e estanques em nível local.

A preponderância do conceito de clientela conduziu a criação de normas e procedimentos diversos e, freqüentemente, antagônicos, e a ordenação de trabalho voltado predominantemente para o cumprimento de metas físicas, sem programação e objetivos de saúde definidos.

Em conseqüência, a postura dos dirigentes e funcionários destas unidades é inteiramente voltada no sentido da matriz e, em geral, fechada a participação ativa da comunidade e ao intercâmbio com dirigentes de órgãos que atuam na mesma área (distrital, municipal e estadual). Assim, ainda que haja intenção, desejo ou aspiração de realizar um trabalho conjunto, ordenado, integrado a nível de unidade distrital, municipal ou estadual, as diferenças de poder decisório dos dirigentes estaduais, municipais ou distritais, impostas pelos respectivos níveis centrais de cada órgão, bloqueiam e retardam as ações, gerando dificuldades entre dirigentes, desconfiança e descrédito na população.

4 – INTEGRAÇÃO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DE EXTENSÃO DE COBERTURA — ESTRATÉGIA EM DESENVOLVIMENTO NO ESTADO DO PARÁ

Durante o ano de 1979 foram dados passos concretos pela Secretaria de Estado de Saúde , no sentido de atingir a médio prazo a integração das unidades locais de saúde. A estratégia desenvolveu-se em dois sentidos: buscou-se a articulação do planejamento extra-setorial de saúde e, simultaneamente, a integração das unidades locais.

Planejamento extra-setorial — A Secretaria de Planejamento do Estado (SEPLAN) realiza, em junho, o chamado Plano Geral Integrado (PGI) com vistas a implementar o Plano de Desenvolvimento do Estado, no qual estão definidos, pelo governo, os setores da administração e as regiões prioritárias de desenvolvimento .

Para elaboração do PGI são constituídas equipes multiprofissionais com técnicos de várias secretarias, inclusive da saúde, que se deslocam para os municípios do interior. No local, a equipe atualiza os dados de levantamento de situação de infra e supra-estrutura municipal e realiza reuniões com as autoridades do executivo e do legislativo e com os líderes locais. O objetivo geral é compatibilizar o piano anual de trabalho, esboçado pelos órgãos das prefeituras, com os desejos e aspirações da comunidade e com o Plano de Desenvolvimento do Estado. Nesta ocasião são discutidos assuntos ligados especificamente a saúde e agendados para ulterior decisão e consolidação final, por município.

Com a Companhia de Saneamento do Pará (COSANPA) buscou-se articulação visando complementar a ação da Campanhia, para implantação de poços e fossas em áreas conjuntamente selecionadas.

Com a Secretaria de Educação manteve-se o entrosamento já existente, visando ampliar a interiorização dos programas de Educação e Saúde do Escolar e de Saúde Bucal, que contam com a viva e entusiástica participação dos professores das escolas do interior e da capital.

Com a Secretaria de Agricultura foram iniciadas conversações no sentido de utilizar o programa de extensão rural da EMATER para incentivar o cultivo da agricultura de subsistência a partir do ano de 1981, ao lado do programa de culturas permanentes, já desenvolvido pelo órgão.

Planejamento setorial — No segundo trimestre de 1979 foi iniciada uma série de reuniões com técnicos representantes de todos os órgãos do setor saúde que atuam no estado, visando proceder a um levantamento global e definir diretrizes e estratégias para o planejamento integrado do setor.

Como conseqüência e, também, em cumprimento da Circular n.° 493, de 11/9/1979, dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o Senhor Governador baixou o Decreto n.° 627, de 17/3/1980, constituindo grupo de trabalho para elaboração do Plano Integrado de Saúde do Estado do Pará (PISEPA).

Operacionalização — Com vistas à operacionalização do Plano Integrado, que terá como estrutura básica o trabalho desenvolvido pelas unidades locais de saúde, foram tomadas, no âmbito da SESPA, as providências seguintes:

- Estabelecimento dos programas prioritários
  - Saneamento, abastecimento de água e melhorias habitacionais
  - Promoção de saúde materno-infantil
  - Controle de doenças transmissíveis imunizações

    controle da tuberculose

    controle da hanseníase

    vigilância epidemiológica
  - Promoção de saúde mental
  - Assistência a emergências
  - Nutrição em saúde (em estudo para implantação em 1981).
- Padronização e hierarquização das ações de saúde, de acordo com o grau de complexidade da unidade sanitária.
- Elaboração de instrumentos e determinação de parâmetros de programação.
- Programação realizada para 1980 pelos dirigentes das unidades locais de saúde (centros de saúde e unidades mistas), envolvendo os postos de saúde periféricos, administrados pela SESPA ou pelos muni-

cípios, que passam a ser coordenados e supervisionados pela unidade local.

- Atualização dos supervisores polivalentes e específicos, com estabelecimento de modelo próprio de supervisão e acompanhamento, cronograma, etc.
- Treinamento de pessoal
  - Reorganização técnico-administrativa de 5 unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, para campo de treinamento de pessoal.
  - Convênio com o Hospital Barros Barreto e a Santa Casa para o campo de estágio em regime de assistência simplificada.
  - Treinamento de instrutores para descentralização do preparo de pessoal elementar.
  - Atualização dos currículos de cursos e treinamento de pessoal, de acordo com enfoque polivalente e de promoção da comunidade.
  - Estabelecimento de bases para integração docente-assistencial com a Universidade Federal do Pará (cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social e, possivelmente, Nutrição) e com a FEP (Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem), visando a formação de profissionais adequados a realidade regional.
- Modernização administrativa
  - Padronização de material permanente e de consumo por tipo de unidade sanitária.
  - Padronização de pessoal por tipo de unidade sanitária.
  - Estudo para implantação de carreira de saúde pública, ainda em 1980.

As atividades acima referidas foram realizadas pelo grupamento técnico da Secretaria, tanto do nível central quanto local, com participação do Ministério da Saúde.

Objetivando ainda a operacionalização da integração das unidades locais de saúde, estão sendo mantidos entendimentos com a direção estadual da FSESP e SUCAM, com o apoio integral e esclarecido dos respectivos órgãos centrais.

No referente a SUCAM busca-se a utilização dos guardas sanitários em atividades ligadas ao controle da hanseníase e da tuberculose, assim como melhorar o apoio ao tratamento hospitalar de casos de malária. Em relação a FSESP pretende-se que ela assuma a coordenação, supervisão e o treinamento de pessoal dos postos de saúde da SESPA nos municípios, onde haja unidade da Fundação, na sede.

Com as prefeituras do interior articula-se a integração das unidades construídas e mantidas pelas comunas, com a unidade local da sede, mantida pela Secretaria ou pela Fundação SESP.

A ampliação da participação da Previdência e Assistência Social é considerada de importância fundamental, com o objetivo de conseguir ampliar a abertura da assistência aos seus beneficiários, dentro das diretrizes programáticas e normas estabelecidas

5 – CONCLUSÃO

A extensão da cobertura com ações elementares de saúde a toda a população brasileira é uma decisão de governo com profundas e significativas repercussões sociais. Para consegui-la, é indispensável posicionar os serviços de saúde dentro de uma visão globalizadora que resulta em atuação sobre o meio, a habitação, a alimentação e a saúde.

Esta tendência tem implicações extra--setoriais importantes porque induz a investir em área até aqui admitida como exclusivamente de consumo. Por outro lado, a melhoria das condições de vida da zona rural pode promover a fixação do homem ao seu meio e diminuir o êxodo para as grandes metrópoles.

A execução de um programa tão amplo impõe efetiva participação da comunidade e atuação adequada das unidades locais de saúde. Para tanto torna-se indispensável articular convenientemente os órgãos ligados ao setor e criar condições para que seus dirigentes respondam com rapidez as necessidades e aspirações das comunidades.

Objetivando implementar a extensão da cobertura através da integração das unidades locais de saúde, a SESPA desenvolveu seu trabalho, em 1979, no sentido de preparar as condições para o fortalecimento de sua rede básica de unidades sanitárias através de medidas relacionadas com o planejamento geral do estado e do setor saúde e de organização técnico-administrativa, capazes de responder com eficiência as novas exigências a serem criadas.

O trabalho realizado contou com a participação permanente de seus técnicos da área de execução e do nível central, e com a colaboração de profissionais do Ministério da Saúde.

Procedeu-se à prioritização de programas, hierarquização das ações de acordo com a complexidade da unidade, elaboração de instrumentos e parâmetros de programação local, atualização de supervisores polivalentes e específicos, adequação de currículos de cursos e de treinamento de pessoal e modernização administrativa.

REFERÊNCIAS

1 . **ACUÑA,** Héctor A. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 82 (2) :93-97, feb. 1977*

2 . **ALVIM**, Ermengarda de Faria. Assistência para todos, com especial atenção aos mais necessitados. *Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública 23 (1) :32-33, 1978.*

3 . **La ASISTENCIA** Sanitaria en las zonas rurales. *Crónica de la OMS 30* (1) :11-18, ene. 1976.

4 . **AZEVEDO**, Antonio Carlos de, **GRAMACHO**. Doris, **MANZANO**, Eduardo, **MANZANO**, Heloisa Lotufo, **TAUIL**, Marta Campos & **TAUIL**, Pedro Luiz. Integração dos Serviços de saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia, Brasil. *Revista de Saúde Pública 7* (4) *:389-403,* dez. *1973.*

5 . **DAZA**, Carlos Hernán. Las unidades técnicas de nutrición de los ministerios de salud y la extension de los servicios primarios de Salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 82 (3) :197-205,* mar. 1977.

6 . **CONFERENCIA** Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Declaración de Alma Ata). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 86 (3) :262-274, mar. 1979.*

7 . **EXTENSION** de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 83 (6) :477-503,* dic. *1977.*

8 . **FELDMAN, R., DEITZ, D.M. & BOOKS, E.F.** The financial viability of rural primary health care centers. *American Journal of Public Health 68* (10) : , 1978.

9 . **IMPORTANCIA** de la salud pública en la economia de Africa. *Crónica de la OMS 29 (8) :340-346,* ago. *1975.*

10 . **MANZANEDO**, Héctor Garcia. Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad. *Educación Médica y Salud* 11 (4) :346-361, *1977.*

11 . **REUNIÓN** sobre enfermeria comunitaria y atención primaria de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84 *(5) :458-459.* mayo 1978.

12 . **TENTORI**, Fortunato Vargas. Extension de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones *y* conceptos operativos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 82 (5) :386-396,* mayo *1977.*

13 . **MAHLER**, H. Una revolución social en la salud pública. *Crónica de la OMS 30* (12) :517*-523,* dic. 1976.

14 . **VALLADORES G**., Rogelio. Cobertura de los Servicios generales de Salud en áreas rurales y sus relaciones con los programas de malaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamaricana 85 (5)* :442-451, nov. *1978.*

15 . **VILLAS BOAS**, Aldo. Extensão de ações as populações rurais. *In:* CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÙDE, *5.,* Brasília, 1975. *Anais.* Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 219-242.

EXTENSÃO DA COBERTURA POR SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE – PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

JAIR SOARES
Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social

Todos nós somos testemunhas das notáveis transformações que aconteceram neste país na última década. Extraordinário foi, sem dúvida, o esforço desenvolvido pelo povo brasileiro neste período. A economia, fator determinante dessas transformações, alcançou índices de crescimento invejáveis e nunca até então atingidos. As disponibilidades energéticas cresceram, o parque industrial modernizou-se e ampliou-se, o comércio tanto externo quanto interno se intensificou, as telecomunicações se difundiram e os transportes se expandiram. E inquestionável que todos os setores, primário, secundário e terciário, experimentaram profundas mudanças. Tamanhas modificações na área econômica ou produtiva ampliaram substancialmente, tanto quantitativa quanto qualitativamente, a capacidade de produção de bens e serviços, gerando, por conseguinte, extraordinária massa de riqueza. Por sua vez, tais ritmos de crescimento econômico foram capazes de desenvolver uma oferta numérica de empregos, compatível com os índices do incremento demográfico observado.

Por outro lado, como seria de se esperar, paralelamente a este crescimento da economia, desenvolveram-se e diversificaram-se também as necessidades, tanto de natureza orgânica ou física, quanto de natureza social. Entretanto, não se conseguiu, na ação distributiva dos frutos do trabalho desenvolvido, contemplar os diversos estratos populacionais, dentro de níveis e critérios de maior eqüidade, que favorecessem a satisfação daquelas necessidades, por vezes, elementares. Somos, ainda, forçados a reconhecer a persistência das disparidades regionais e das desigualdades entre grupamentos sociais.

Todas essas modificações ocorridas na nossa sociedade teriam, necessariamente, repercussão direta ou indireta sobre as condições de vida de toda a população e, por extensão, sobre seu quadro sanitário, corroborando as observações de estreita relação entre economia e saúde.

Assim, o próprio processo de crescimento econômico e o usufruto que dessa condição decorre se incumbiram de acentuar ou sobrepor, ao elenco de patologias já existentes, novos agentes causais e novas entidades nosológicas. São exemplos expressivos dessas considerações as condições de morbi-mortalidade ligadas ao trabalho, aos modos estressantes de vida e a mobilidade da população. Temos hoje, portanto, uma demanda acumulada por serviços de saúde, estruturada de tal forma, que coexistem, lado a lado, padrões nosológicos distintos. Caracterizando a nosologia própria do subdesenvolvimento, estão aí as doenças de veiculação hídrica, as infecto-contagiosas e aquelas evitáveis através de ações de imunização. Correspondendo

aos padrões próprios de regiões desenvolvidas, temos a chamada "nosologia moderna", representada pelo numeroso grupo das doenças crônico-degenerativas. Merecem menção aqui, pela presença crescente nas estatísticas de mortalidade, os acidentes e violências.

De outro lado, a complexidade do processo saúde/doença, com sua múltipla causalidade, e a diversidade do quadro nosológico prevalente no País impõem, para sua adequação e solução, a reordenação dos serviços ofertados. Temos constatado, além disso, o vertiginoso e constante crescimento dos gastos com atenção a saúde, resultado, naturalmente, da incorporação de novos meios e técnicas de diagnóstico e tratamento. Este fenômeno provavelmente, tem características universais. Citamos, para exemplificação, alguns dados de gastos com saúde nos países ocidentais industrializados: os EUA, em 1965, despenderam 5,9% do seu Produto Nacional Bruto (PNB) com saúde, e, em 1979, essas despesas chegaram a 9,1%; a Suécia gastou 9,5%, em 1974, e, em 1978, atingiu 11,3%; a França duplicou seus gastos em apenas seis anos, e, na República Federal da Alemanha, os gastos com saúde já atingiram 12,8% do seu PNB.

A observação mostra também que a introdução dessa tecnologia médica, sofisticada onerosa, não tem sido acompanhada de melhoria significativa nos níveis de saúde da população. Isto deixa-nos a convicção nos limites da capacidade de intervenção da medicina científica no processo saúde/doença.

Encaramos também com reserva o caráter dogmático que procura fazer crer que o progresso seja o somatório de avanços tecnológicos e científicos, perseguidos com insistência, e obtidos em escalas contínuas e crescentes, transformados em bens e serviços, e colocados a disposições de um consumo indiscriminado e incontrolável. Isso é tanto verdade, para outros setores, onde tais práticas já estão consolidadas e firmemente incorporadas ao comportamento social, quanto para o nosso setor, onde o consumo de meios diagnósticos terapêuticos encontra-se em franca expansão .

Gostaríamos de enumerar aqui algumas informações que, embora esparsas, contribuem para as nossas reflexões sobre a realidade assistencial:

- as despesas com assistência médica no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social quintuplicaram nos últimos dez anos;
- estima-se que o setor saúde consumirá este ano recursos da ordem de 230 bilhões de cruzeiros;
- estima-se que 30 mil médicos recém-formados trabalhem hoje em condições de subemprego;
- calcula-se que existam aproximadamente 70 órgãos públicos com atuação direta na área de saúde;
- estima-se também que os serviços públicos de atenção á saúde funcionem com um nível de 60% de ociosidade;
- a mortalidade infantil nas capitais situa-se em torno de 85 por mil menores de um ano, com valores extremos bastante distantes;
- a cobertura por ações de imunizações está na ordem de aproximadamente 47% dos menores de um ano.

A concentração dos recursos nas regiões mais desenvolvidas, a descoordenação e desarticulação entre serviços, com conseqüente paralelismo de ações, já são por demais conhecidas .

Reconhecemos que o quadro sanitário e assistencial, marcado por acentuadas diferenças entre regiões e entre grupos populacionais, ainda está distante da categoria satisfatório.

Reconhecemos, igualmente, a legitimidade e justeza das necessidades e aspirações, em termos de saúde, da sociedade brasileira e de modo especial aquelas encontradas nas camadas carentes da população. Estamos dispostos e compromissados em promovermos a reversão desta situação. Este, sim, é o desafio a que o governo se propõe, desafio que entendemos como de natureza econômica e administrativa e ainda principalmente de natureza política e social.

Estamos convencidos de que a elevação dos índices de eficiência e eficácia

dos nossos serviços de saúde estaria comprometida sem a implantação de medidas simultâneas de infra-estrutura sanitária, as quais extrapolam o âmbito de atuação das instituições específicas do setor saúde. Nesse sentido ganha significativa relevância a Conferência Nacional de Saúde, como foro de debates e instrumento de articulação para ações comuns melhor utilização dos recursos setoriais existentes. É dentro deste quadro de referência que temos procurado pautar nossas proposições e ações.

Considerados os estreitos limites da disponibilidade de recursos, acreditamos que o processamento e a satisfação das necessidades reprimidas e acumuladas até então passem necessariamente pelo incremento da produtividade social dos recursos e equipamentos existentes.

Assim é que linhas de atuação comum têm sido estabelecidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social juntamente com outros ministérios que, indiretamente, compartilham responsabilidades pelo setor saúde. Destacamos aqui as estreitas articulações e entendimentos que temos tido com o Ministério da Saúde que, como não poderia deixar de ser, visam dar consistência ao sinergismo de nossos esforços. O exemplo concreto de ação simultânea, envolvendo não só os Ministérios da Previdência e Assistência Social da Saúde, mas todos os demais ministérios participantes do Sistema Nacional de Saúde, bem como os estados e municípios, nos é dado pelo PIASS — Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento. Destinado que é a ofertar serviços básicos de saúde as populações rurais, encontra-se já em fase de consolidação e expansão, tornando-se irreversível.

As iniciativas de ações multiinstitucionais comuns têm como exemplo a constituição, em caráter permanente, da Comissão Interministerial (CIPLAN), envolvendo, inicialmente, representantes dos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social, tendo em vista o estabelecimento de normas programáticas e a coordenação e integração do planejamento estratégico a nível federal.

Visando imprimir maior eficiência e eficácia ao setor saúde, buscamos entendimentos com o Ministério da Saúde, o que resultou na proposição do programa PREV-SAÚDE. Estudos técnicos estão em andamento e, dentro em breve, podemos assegurar, este programa estará sendo implantado em todo o território nacional.

O PREV-SAÚDE, dada a sua condição de programa voltado para as necessidades básicas de saúde, conforma-se às diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde, em comum acôrdo com o Ministério da Previdência e Assistência Social, definindo-se como "o conjunto de serviços dirigidos as pessoas, a comunidade e a melhoria do ambiente, necessário a proteção e promoção da saúde, a prevenção das doenças, ao tratamento das doenças e traumatismos mais comuns, e a reabilitação básica de suas conseqüências".

O programa PREV-SAÚDE destina-se a ocupar o vazio que se observa na estrutura assistencial dos serviços existentes. De fato, podemos facilmente constatar uma grande disponibilidade da oferta de serviços de maior complexidade, se comparada com a quase total inexistência, não só física, mas sobretudo funcional, de serviços de menor complexidade. Esta organização dos serviços, se sobreposta à estrutura da demanda, nos revelará a total inversão e inadequação dos serviços de saúde atualmente em funcionamento. As conseqüências que daí decorrem, em termos de dispêndios econômico-financeiros, desgastes físicos e psicossociais e comprometimento das administrações, são inevitáveis e de fácil percepção.

O PREV-SAÚDE visa dotar este País de uma rede de serviços básicos capaz de oferecer, quantitativa e qualitativamente, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, de baixo custo, fácil acesso e elevada capacidade resolutiva. Este programa estará dirigido a população em geral, mas, de modo especial e prioritário, nas suas fases iniciais, contemplará ele as populações das cidades de médio porte e os aglomerados da periferia dos grandes centros urbanos.

Mantendo a coesão e coerência com as diretrizes que traçamos de buscar a otimi-

zação dos recursos humanos, materiais e financeiros de que dispomos, procurará o PREV-SAÚDE privilegiar a simplificação das ações de saúde, naquilo em que couber, guardando, entretanto, as condições e meios indispensáveis a uma ação de saúde pronta, eficaz e eficiente. Procurar-se-á também a melhor compatibilização e adequação entre a estrutura da demanda e a oferta de serviços de saúde através da observação e valorização das características e peculiaridades locais e regionais.

Ousamos afirmar ainda que o PREV-SAÚDE representa o esforço inicial para o restabelecimento da coerência, indispensável, indeclinável e oportuna, entre nossa realidade sócio-econômica e assistencial.

A persecursão a objetivos de tão elevada significação para a coletividade não admite definições e esforços solitários. Por isso, contamos e convocamos todos os dirigentes das instituições que compõem o Sistema Nacional de Saúde, especialmente os senhores secretários de saúde dos estados, para que, através da representatividade de que dispõem, encaminhem e promovam, junto aos diversos segmentos que compõem na sociedade, o debate de nossos propósitos e iniciativas. Estamos convictos de que é processando e assimilando as críticas e manifestações endereçadas que conseguiremos que conseguiremos conferir legitimidade ao programa, pré-condição essa da presença ativa e participante da comunidade e, por conseqüência, a garantia de sua aceitação e do seu bom êxito.

Conhecemos, senhores secretários, a exata extensão da rede de serviços de saúde que administram. Sabemos da considerável capacidade instalada de que dispõem, em termos de recursos humanos e rede física. Entretanto, senhores secretários, conhecemos também a extensão das dificuldades que enfrentam e do regime de penúria com que gerem seus serviços.

A realidade é que a tônica dos serviços estaduais e municipais é única e quase universal, com raras exceções. Via de regra, estão os diagnósticos institucionais a denunciar, repetitivamente:

- deficiências de recursos materiais, notadamente, em medicamentos;
- equipamentos inexistentes ou em vias de obsolescência e sem manutenção adequada e periódica;
- unidades físicas demandando reparos e não raras vezes reconstrução integral; saúde, através da observação e valorização
- recursos humanos insuficientes, qualitativamente desatualizados;
- ausência de política de pessoal que assegure remuneração adequada e justa, que favoreça a educação continuada, e que ofereça perspectiva profissional.

Todos esses fatores e desajustes, que se entrelaçam e se somam, têm sido exaustivamente apontados como os responsáveis pelos baixos níveis de rendimento e mesmo pela ociosidade destes serviços. Tais níveis de operacionalidade são de todo inaceitáveis, pois oneram duplamente a coletividade: pela expectativa criada e não satisfeita, e pela repartição dos esforços comprometidos com a sua manutenção. A posição de observadores distantes e privilegiados não nos cabe e nem nos recomenda, sobretudo diante de grandes contingentes populacionais com necessidades elementares de saúde ainda por satisfazer, e de onde partem justas pressões, de intensidade crescente. Temos que romper este ciclo vicioso. A recuperação dos serviços de saúde do setor público, estadual e municipal é cada vez mais inadiável e torna-se um imperativo.

Estimamos partilhar com os senhores este desafio. Basta que unamos nossos esforços e recursos, através de mecanismos estáveis de articulação e coordenação interinstitucionais. Manifestamos ainda nossa confiança no PREV-SAÚDE, como instrumento facilitador das mudanças que se fazem necessárias. A Lei n.° 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, tem os parâmetros que devem orientar essas transformações.

A consolidação do PIASS e a implantação do PREV-SAÚDE criarão condições para co-

locar à disposição da população, a nível nacional, uma rede de serviços de saúde integral, regionalizados, hierarquizados e dispondo de sistema de referência que permita o atendimento da demanda, nos diversos níveis dos serviços, escalonados de conformidade com a complexidade requerida.

Paralelamente, o Ministério da Previdência e Assistência Social, ao lado de outras medidas administrativas, está elaborando estudos que visam, sem comprometer a eficácia, simplificar e padronizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos no âmbito do INAMPS, procurando reduzir os custos operacionais dos serviços ofertados através dos seus serviços próprios, contratados e conveniados. Buscamos imprimir ao INAMPS maior racionalidade e, assim, liberar recursos que possibilitem fazer frente aos gastos com a ampliação da cobertura através do PREV-SAÚDE.

Essa maior agilidade administrativa permitirá ao INAMPS, através dos seus serviços próprios, contratados e conveniados, articular-se com a rede de serviços básicos, na condição de elemento, predominantemente, de referência da demanda e da prestação de cuidados de saúde mais diferenciados e de maior complexidade.

Ainda na esfera de ação do Ministério da Previdência e Assistência Social, estudos estão sendo desenvolvidos no sentido de, através da Central de Medicamentos (CEME), ampliar a produção e racionalização da distribuição dos medicamentos inscritos na categoria de essenciais. O objetivo é eliminar ou minimizar a aquisição de medicamentos por parte do usuário carente, sabidamente, um dos pontos de estrangulamento dos serviços médico-assistenciais.

Essas medidas, uma vez concretizadas, concorrerão, sem dúvida, para a elevação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde e, em especial, para o pleno êxito do PREV-SAÚDE.

Estamos certos de que essas diretrizes, mecanismos, e elementos estratégicos, criarão as condições de viabilidade e factibilidade que possibilitem a extensão da cobertura real da população por serviços de saúde, e, sobremaneira, aquelas populações até então apenas nominalmente alcançadas pelos serviços assistenciais, e motivo de nossas constantes preocupações.

As diretrizes de trabalho adotadas encontram-se ajustadas e adequadas às nossas disponibilidades atuais, e estão coerentes com a necessidade de participar e colaborar no combate à inflação, através, principalmente, da elevação dos índices de produtividade dos recursos do setor público.

Por último, entendemos que nossas proposições favorecem o aperfeiçoamento técnico e administrativo de nossas instituições assistenciais, contribuem para a democratização da atenção à saúde, concorrem para a valorização do homem brasileiro e para a construção de uma sociedade desenvolvida e livre, objetivo do III PND e fundamento de todo o esforço nacional.

PAINEL

MODELOS DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENDIMENTO

Presidente: **Dr. Jofran Frejat**
Secretário de Saúde do Distrito Federal

Moderador: **Deputado Ubaldo Dantas Membro da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados**

O MODELO PIASS, SUA PROGRAMAÇÃO E SUA EVOLUÇÃO PARA O PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA
Coordenador do Programa de Interiorização de
Ações Básicas de Saúde e Saneamento
Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado pela Secretaria Técnica do GEIN/PIASS para ser apresentado na 7.ª Conferência Nacional de Saúde.

Procurou-se, inicialmente, discutir alguns aspectos referentes à organização da assistência médica no Brasil e suas relações com a estrutura sócio-econômica, na tentativa de compor um quadro dos antecedentes que levaram ao surgimento dos programas de extensão de cobertura.

Em seguida, fez-se uma breve descrição e análise do PIASS, atualmente o programa de maior abrangência territorial e de cobertura populacional com serviços básicos de saúde.

Mostraremos a evolução do programa, de suas origens, passando por sua implantação e desenvolvimento no Nordeste até chegarmos à proposta da sua ampliação a todo o território nacional e sua incorporação ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

1 — INTRODUÇÃO

Até a década de 30, na assistência médica brasileira predominava o modelo liberal-privado com participação de instituições filantrópicas religiosas e previdenciárias autônomas (caixas de aposentadorias e pensões). As transformações econômicas e políticas ocorridas nesta época, determinaram uma maior interferência do Estado no setor social. A crescente urbanização e industrialização fazem entrar em cena setores que, por sua importância econômico-política, passam a exigir do Estado atenção para com seus direitos de cidadania, entre os quais o direito à saúde. A legislação trabalhista e a criação da previdência social (os institutos) constituem os marcos iniciais de interferência efetiva do Estado na assistência médica. A política de conciliação de interesses que caracteriza o Estado populista, que então se instala, vai se refletir, no nível de organização da atenção médica, na existência de diferentes modelos de atendimento com racionalidades distintas e por vezes contraditórias.

Nos anos recentes, a incorporação de contingentes cada vez mais amplos da população ao processo produtivo, com aumento da pressão de demanda, bem como a predominância de interesses de grupos minoritários ligados ao chamado complexo médico-industrial, agravaram distorções já existentes, tais como má distribuição dos recursos, alto custo e baixa cobertura dos serviços, além da manutenção da dicotomia entre ações de saúde de alcance coletivo e individual.

Na organização da atenção médica no Brasil, configura-se um complexo sistema de distribuição dos serviços, com a coexistência de diferentes modelos de atendimento, esquematicamente identificados em três áreas:

a) área institucional: seguro social obrigatório (INAMPS); direto (Ministério e secretarias de saúde); filantrópico (LBA); específico para categorias (Forças Armadas);

b) área liberal-clássica: hospitalar e consultórios particulares;

c) área privatizada: empresas médicas, consultórios conveniados, grupos médicos, cooperativas médicas.

Este quadro aparentemente caótico e irracional é produto da ação histórica de diferentes setores sociais, que, segundo suas forças políticas, nele imprimiram em maior ou menor grau a marca de seus interesses. Prevendo a proximidade de um impasse, o Estado, mais uma vez, passa a adotar uma série de medidas que visam corrigir distorções, através de reformulações administrativas que buscam melhor distribuição do trabalho e coordenação do setor saúde. Cria-se a lei do Sistema Nacional de Saúde em julho de 1975.

Embora a lei não elimine distorções do sistema de saúde, permite, por outro lado, o surgimento de programas experimentais que buscam modelos alternativos de organização de serviços, com os programas de extensão de cobertura de serviços de saúde adquirindo neste contexto um espaço para seu desenvolvimento.

No plano internacional, organismos como a OPAS/OMS e a CEPAL passam, no início da década de 70, a recomendar ênfase na formulação de políticas de desenvolvimento social, colocando a necessidade de enfrentar prioritariamente o problema da "marginalidade”. São propostos programas de "desenvolvimento comunitário", fundamentados no conceito de participação. Em 1972 os ministros da saúde das Américas reúnem-se em Santiago para elaborar o Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPAS/OMS), situando como principal objetivo da década de 70 a extensão de cobertura dos serviços de saúde no campo.

Reiteradas denúncias de crise no setor saúde em diversos países abrem campo para experiências alternativas de prática médica estimuladas por organismos internacionais ligados ao ensino e serviço. Desenvolve-se a partir delas um corpo doutrinário e conceitual baseado na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, na ênfase em ações de cuidados primários desenvolvidas por pessoal auxiliar e na participação comunitária que visa orientar a implantação de programas de extensão de cobertura.

Este conjunto de antecedentes viria criar as condições para o surgimento, em agosto de 1976, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

2 — UM PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMARIA DO BRASIL: PIASS

A partir do segundo semestre de 1975 o IPEA da Secretaria de Planejamento e o Ministério da Saúde formulam uma série de documentos, que virão a constituir as bases da exposição de motivos dos quatro ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Secretaria de Planejamento), solicitando ao Senhor Presidente da República, a criação do PIASS, o que se efetiva através do Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976.

2.1 — O DECRETO

Nos dois primeiros artigos do decreto, transcritos a seguir, estão definidos os objetivos e as diretrizes do programa:

"Art. 1.º — Fica aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o período de 1976/1979, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região.

Art. 2.º — Constituem diretrizes básicas do Programa:

I — ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II – ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III — encaminhamento a serviços especializados;

IV — disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

V — integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;

VI — ampla participação comunitária;

VII — desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente".

2.2 — ESTRUTURA / ORGANIZAÇÃO

a — A instalação da rede de serviços de saúde é feita através de **módulos básicos.** O módulo básico é um conjunto formado por **postos de saúde** localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, **centro de saúde,** situado na sede do município.

Geralmente a área de atuação de um **módulo básico** corresponde a um **município.**

b — O posto de saúde é uma unidade simples operada por auxiliar de saúde de nível elementar, especialmente treinado para a execução de ações básicas de saúde.

c — **O centro de saúde** é uma unidade mais complexa, com atendimento médico permanente e laboratório básico, responsável pela supervisão e apoio aos postos de saúde.

d — A articulação da rede de **módulos** com os demais níveis da rede de serviços de complexidade crescente se faz através de uma garantia do acesso da população aos serviços mais especializados (unidade mista ou hospital local).

e — As ações básicas desenvolvidas pelas unidades de saúde são complementadas pelo apoio à implantação de equipamentos de **saneamento básico** (unidades simplificadas de abastecimento de água e soluções domiciliares para destinação de dejetos).

f — A **regional de saúde** (delegacia regional ou centro regional ou regional de saúde) coordena vários módulos básicos. Todas as unidades de saúde existentes nesta área geográfica estão organizadas numa escala de complexidade crescente de hierarquização de serviços e contêm todos os níveis (figura 1).
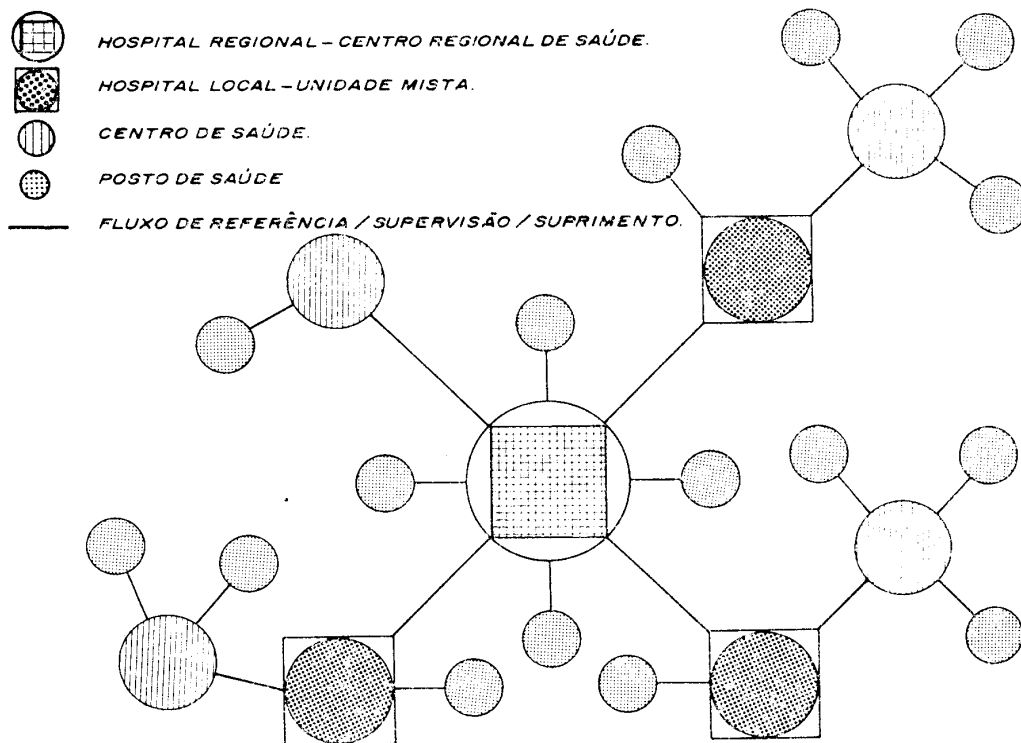
Figura 1 — Modelo do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde.

CARACTERÍSTICA	COMPONENTES	
	I - POSTO DE SAÚDE	II - CENTRO DE SAÚDE
Localização	Distritos, vilas e povoados	Sedes municipais
População-alvo	2 000 pessoas	6 000 pessoas
Ações Básicas	. Desenvolvimento comunitário . Controle de doenças transmissíveis . Atenção materno-infantil . Primeiros socorros . Tratamentos padronizados . Controle de egressos . Coleta de amostras . Visitação domiciliar . Apoio à curiosas, etc.	. As mesmas do posto mais consulta médica e/ou odontológica . Laboratório . Vigilância epidemiológica . Supervisão e treinamento . Atenção hospitalar geral (no caso de unidades mistas)
Referência	Para o centro	Para unidades mais complexas
Recursos humanos	Atendentes polivalentes (geralmente em número de 2)	Atendentes polivalentes, visitadoras, laboratorista, auxiliar de saneamento, apoio administrativo, dentista, médico
Instalações e Equipamentos	. Área de 40 a 70 m^2 . Construção simples . Material de técnicas básicas de enfermagem	. Área de 70 a 150 m^2 . Construção simples . Material e equipamento padronizado para unidade ambulatorial ou mista
Custo médio de instalação e operação anual	Cr$ 150 000,00 e Cr$ 120 000,00	Cr$ 350 000,00 e Cr$ 840 000,00

III - REGIONAL DE SAÚDE	IV - SANEAMENTO
Localizada no município mais estratégico de uma microrregião sócio-geográfica. Conta com equipe multiprofissional e sua função é de supervisão, coordenação, administração e apoio a vários módulos básicos.	a) Abastecimento de água: poços, reservatórios, ligações domiciliares, chafarizes e lavanderias. b) Destino de dejetos: fossas secas.

Figura 1 A — Características do módulo básico por componentes.

2.3 — COORDENAÇÃO/PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL

A condução geral do programa ficou a cargo do Grupo Executivo Interministerial (GEIN), composto por representantes dos ministérios condôminos do programa: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério do Interior (MINTER) e Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN). Ao GEIN cabem as decisões superiores no que diz respeito às diretrizes, estratégias, prioridades, acompanhamento e avaliação do programa. A coordenação do GEIN é da competência do Ministério da Saúde, representado pelo Secretário-Geral. O GEIN dispõe, a nível central, de apoio técnico e administrativo fornecido pela Secretaria Técnica do Programa (ST).

No nível estadual, a condução do programa ficou a cargo de um Grupo de Coordenação Estadual (GCE), que conta com representantes, no mínimo, das seguintes instituições:

Ministério da Saúde (Delegacias Federais), Ministério da Previdência e Assistência Social (Superintendências Regionais do INAMPS), Ministério do Interior (SUDENE) e governo estadual (Secretarias de Saúde e Planejamento).

A nível local, a condução deveria ficar á cargo de um Grupo de Coordenação Local (GAL), composto de representantes da prefeitura, centro de saúde e organizações da comunidade. Entretanto, na prática, esses grupos não foram constituídos, ficando a coordenação a cargo da equipe do centro de saúde.

Os recursos para o financiamento da implantação de infra-estrutura de saúde e saneamento são provenientes da SEPLAN, através do Programa de Integração Nacional (PIN), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), e do MINTER, através do POLONORDESTE. Os recursos para a operação e manutenção são provenientes, principalmente, do INAMPS e, em menor quantia, das secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, prefeituras, companhias de saneamento estaduais e POLONORDESTE.

Coube às secretarias estaduais de saúde, com os recursos acima mencionados, a implantação e execução do programa. Colaboraram neste sentido as companhias de saneamento, prefeituras e organizações da comunidade (figura 2).

NÍVEL	INSTITUIÇÃO	PARTICIPAÇÃO					
		GEIN	GCE	COORDENAÇÃO LOCAL	FINANCIAMENTO	EXECUÇÃO	SUPERVISÃO
FEDERAL	M. S.	●	●		●		● (Indireta)
	MPAS	●	●		●		● (Indireta)
	MINTER	●	●		●		● (Indireta)
	SEPLAN	●			●		● (Indireta)
ESTADUAL	Secretaria de Saúde		●		●	●	●
	Companhia de Saneamento		●			●	●
MUNICIPAL	Prefeitura			●	●	●	
COMUNIDADE	Organizações			●		●	

Figura 2 — Matriz institucional do PIASS.

2. 4 – DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

Um conjunto de princípios e diretrizes fundamentais orienta a condução geral do PIASS, alguns já definidos no próprio decreto presidencial que o criou, outros incorporados à medida em que se desenvolveu o processo de implantação.

2.4. 1 – EXTENSÃO DE COBERTURA

Atendimento a toda a população, com prioridade na implantação de serviços básicos de saúde para as áreas rurais, pequenos centros urbanos de maior densidade de pobreza nas cidades de médio e grande porte e regiões metropolitanas.

Extensão de cobertura entendida não apenas como proporção numérica entre população atingida e a população total, mas como o resultado de uma oferta eficaz e sistematizada dos serviços básicos de saúde que satisfaçam às necessidades da população, dispostos em lugares acessíveis, garantindo o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

2. 4. 2 – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Envolvimento da comunidade na discussão dos objetivos da programação e na avaliação dos serviços, através de suas formas próprias de organização e de trabalho coletivo, incorporando o seu potencial criativo para a superação das situações desafiadoras.

2.4. 3 – REGIONALIZAÇÃO

Compreendida como o conjunto de três idéias básicas:

– a transferência de poder de decisão para a periferia (descentralização) ;

– a transferência de recursos e atividades para regiões (desconcentração) ;

– a hierarquização de serviços numa escala de complexidade crescente com incorporação de todos os recursos existentes em uma determinada área sócio-econômica e geográfica.

2.4. 4 – HORIZONTALIZAÇÃO PROGRAMÁTICA

Implica na transformação do processo tradicional de planejamento vertical por programas. O planejamento das atividades passa a ser feito de forma integrada, a partir do nível local e segundo as necessidades da população.

2. 4. 5 – INTEGRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

As secretarias de saúde devem desempenhar papel fundamental no desenvolvimento das ações de alcance coletivo sem deixar de dar a devida importância àquelas de alcance individual, abrangendo de forma integral as medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma a possibilitar o atendimento às necessidades básicas do indivíduo e da comunidade.

2.4. 6 – RECURSOS HUMANOS

O mecanismo operacional dos serviços básicos de saúde deverá incluir a capacitação de recursos humanos vinculada ao serviço, com ampla participação de seu pessoal, propiciando uma reflexão simultânea da própria prática que permita compreensão da realidade e metodologia de trabalho conseqüentes com os objetivos propostos. Esta metodologia e as formas de cooperação podem ser utilizadas no âmbito central, estadual, regional ou local e nas diversas formas de treinamento.

2.4. 7 – TECNOLOGIA

Adotar procedimentos simples, apropriados, eficazes e de baixo custo, especificados em normas e instruções condicionadas às situações locais, aplicadas sob supervisão permanente.

2. 4. 8 – INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

A integração das diversas instituições que atuam no setor se impõe como instrumento de racionalidade, otimizando recursos no desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, bem como evitando dualidade de ações e desperdício de esforços.

2. 5 – DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA (1076/1979)

Em outubro de 1976, o Senhor Ministro da Saúde baixou a Portaria n.º 374, designando os representantes dos quatro ministérios no GEIN, criando seu órgão executivo, a Secretaria Técnica, e detalhando sua competência.

As atividades, em 1977, se concentraram em criar pré-condições nos estados para o desenvolvimento dos projetos PIASS. Foram assinados os convênios básicos, constituídas as equipes estaduais, elaborados os anteprojetos e liberadas as primeiras parcelas de recursos financeiros aos estados. A atuação do GEIN e da ST, na fase inicial do programa, caracterizou-se pela preocupação com a definição, a nível central, de normas e padrões que permitiriam compor o modelo PIASS. Esta estratégia não produziu os resultados esperados.

Uma avaliação do programa realizada em dezembro de 1977 levou a condução geral (GEIN-ST) a reformular sua estratégia, que a partir de janeiro de 1978 passou a se apoiar em dois princípios:

- A proposta do PIASS tem conteúdo inovador e como tal sua implantação deve propiciar um processo de aprendizagem baseado na reflexão da prática dos projetos estaduais, ou seja, não se trata de definir **a priori** um modelo PIASS, já que o mesmo deve emergir da própria experiência do programa.
- Para consolidação do programa é imprescindível o apoio das populações beneficiadas, manifesto através de suas lideranças formais. Para tanto, é necessária a rápida implantação de serviços para atender às necessidades de saúde da população e assim gerar uma expectativa por sua permanência e expansão.

Os dois princípios adotados na estratégia definiam a necessidade de se buscar com mais agressividade a implantação dos serviços. A implantação acelerada dos projetos estaduais sem a preocupação apriorística da definição de normas permitiu que ao final de 1978 estivessem funcionando 642 centros de saúde e 1.250 postos de saúde, cobrindo potencialmente 6.400.000 pessoas com serviços básicos de saúde. O programa foi implantado em 699 municípios, o que corresponde a 56% do total de municípios da área de abrangência do programa no Nordeste. Foram treinados 2.873 profissionais de saúde de níveis médio e elementar (69% do total programado). Com referência às ações de saneamento básico foram implantados 172 sistemas simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais e instaladas 22.000 privadas de fossa seca. A pouca expressividade das metas alcançadas neste subprograma (saneamento básico), dentre outros fatores, prendeu-se ao fato de não terem sido liberados pelo FAS os recursos previstos para essas atividades e a decisão do GEIN em aplicar os recursos do PIN prioritariamente no segmento saúde.

O PIASS, além da implantação de centros e postos de saúde, propõe a integração em uma rede única de todas as unidades prestadoras de serviços de saúde, organizando-as sob a forma de um sistema estadual de saúde que passe a desenvolver ações integralizadas de saúde para toda a população sob coordenação das secretarias de saúde dos estados.

A concepção do PIASS como primeiro estágio do Sistema Nacional de Saúde em uma dada região implica na necessidade de uma integração sistêmica das várias instituições prestadoras de serviços de saúde. A assinatura dos convênios com o INAMPS constituiu-se num passo decisivo para a consolidação do programa.

O substancial aumento do número de unidades, o avanço no processo de regionalização (promovido através de estímulos técnicos e financeiros) e a progressiva capacitação em termos de recursos materiais e humanos para fazer frente às novas demandas trouxeram como resultado o fortalecimento das secretarias de saúde.

A participação das prefeituras e lideranças comunitárias em várias fases da implantação do programa permitiu o estabelecimento de uma ampla base de apoio, atendendo a uma das suas diretrizes fundamentais, qual seja, a da participação comunitária.

A estratégia de implantação fundamentada no conceito de processo de aprendizagem permitiu a elaboração de normas técnicas mais adequadas às necessidades do programa.

A partir da análise da experiência acumulada pela própria prática, puderam ser estabelecidas normas técnicas relacionadas com o treinamento de pessoal de nível médio e elementar, com a implantação, operação e manutenção da rede de serviços de saúde e de sistemas simplificados de abastecimento de água e com diretrizes para programação.

O estímulo à criatividade das equipes estaduais permitiu o estabelecimento de modelos que se mostraram eficazes no atendimento das diretrizes de baixo custo e ampla extensão da cobertura.

O planejamento das atividades, particularmente aquelas da programação para 1979 e 1980, dos projetos estaduais foi feito através da consolidação progressiva a partir do nível regional; possibilitando uma maior participação e melhor adequação das atividades propostas às necessidades de saúde locais.

Em 1978 e 1979 o interesse maior era a implantação do programa sem a preocupação de implantar módulos básicos completos.

Neste sentido, todos os estados foram dotados de recursos; no entanto, o desenvolvimento do programa não ocorreu uniformemente, e, de acordo com dados de dezembro de 1979, podem ser classificados em três grupos, de acordo com o grau de desenvolvimento de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas. Grupo B: Ceará e Paraíba. Grupo C: Maranhão Piauí e Sergipe.

A característica do Grupo A é ter atingido uma "massa crítica" de unidades implantadas, passando, portanto, a ter como preocupação básica o desenvolvimento de funções relacionadas com a operação dos serviços. A característica do Grupo B é ter avançado na implantação, contudo, sem alcançar a cobertura desejável. Estes estados passavam então a se preocupar tanto com a extensão da rede quanto com a operação dos serviços. A característica do Grupo C é que esses estados se encontravam no estágio inicial de implantação, devendo, portanto, se preocupar basicamente com a extensão da rede física.

Essas características, incluindo-se a capacidade operativa, foram utilizadas como critérios para a distribuição dos recursos financeiros aos estados e para a definição de estratégias no que se refere à implantação, operação, regionalização e saneamento.

2.6 — METAS ATINGIDAS ATÉ DEZEMBRO DE 1979

As metas alcançadas e os recursos alocados ao programa até dezembro de 1979 se encontram nos quadros 1 a 6. Esses dados se referem a toda a rede de serviços básicos implantados com recursos **PIN/PIASS e PIN/POLONORDESTE** e ainda à rede incorporada ao programa, que recebeu complementação de equipamentos, reformas, treinamento de pessoal e apoio logístico, de acordo com as diretrizes e metodologia do PIASS.

2.7 — METAS PARA 1980 — SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

De acordo com a orientação atual do Ministério da Saúde, a programação PIASS para este ano não mais foi elaborada isoladamente, mas, sim, de forma integrada como parte do Plano Operativo de 1980, instrumento do convênio único entre o Ministério da Saúde e cada governo estadual. O Plano Operativo dá prioridade aos serviços básicos e foram consideradas as seguintes áreas programáticas:

- Implantação/Reestruturação da Rede de Serviço de Saúde e Saneamento
- Operação/Manutenção da Rede
- Apoio Técnico-Administrativo

Para o desenvolvimento da programação estadual o PIASS foi considerado como mais uma fonte de recursos, a somar-se com as demais, uma vez que a proposta PIASS foi incorporada à proposta mais ampla do MS. As metas para 1980 estão descritas nos quadros 7 a 10.

3 — EXPANSÃO NACIONAL DO PIASS E O PROGRAMA NACIONAL DE

O êxito do PIASS no Nordeste veio comprovar a exeqüibilidade do modelo e a adequação das diretrizes que o orientam, constituindo uma base firme sobre a qual é possível erigir um sólido e eficaz programa de âmbito

nacional. Seu início pela região Nordeste foi uma opção estratégica que, implicitamente, admitia a gradativa presença nas demais áreas do território nacional.

Esta realidade está fielmente expressa nas diretrizes setoriais de governo formuladas pelo Ministério da Saúde em abril de 1979 (''intensificação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento''), e, como um consenso de todos os ministérios da área social, nas diretrizes para operacionalização possível ainda este ano, um programa nacional de serviços básicos de Saúde e Saneamento, e cobertura de áreas urbanas de médio porte, capitais e regiões metropolitanas. Além disso, destacou o PIASS como programa prioritário para acompanhamento e avaliação pelo Conselho.

Não há dúvida, por outro lado, que paralelamente á implantação de uma estrutura de saúde e saneamento para atendimento de volumosos contingentes populacionais hoje desassistidos, o **PIASS** é um eficaz agente de racionalização dos recursos já disponíveis.

Concretamente, trata-se de implantar uma estrutura regionalizada de serviços de saúde no País, com a participação uniforme e uniprogramática das diversas instituições presentes no setor. A hierarquização do trabalho nas localidades de menor porte constitui o degrau básico e de maior amplitude do sistema, permitido imediata interligação com o subsistema urbano (cidades de médio e grande porte, capitais e regiões metropolitanas).

Neste sentido pode-se observar na experiência do Nordeste que as demandas geradas com a implantação e operação dos módulos básicos exigiram respostas concretas em relação à referência da população atendida, o que determinou efetivas medidas para a regionalização e hierarquização dos serviços, bem como a integração setorial preconizada e nem sempre obtida com o funcionamento de colegiados multiinstitucionais formalmente constituídos.

Vale referir ainda que o programa, ao prestar atendimento local (com efetiva participação comunitária), segundo padrões de prioridade epidemiológica e sócio-econômica, permite comprovadamente uma severa redução nos custos dos serviços prestados.

A desejada ênfase conferida pelo governo brasileiro ao desenvolvimento social, aliada à notória carência de serviços de saúde e ao conhecimento acumulado através de uma experiência bem sucedida que gerou ampla e positiva expectativa no setor configuram condições extremamente propícias à ampliação nacional do PIASS.

Coube ao Instituto de Planejamento Econômico e Social **(IPEA)** da Secretaria de Planejamento e ao Ministério da Saúde, que elaboraram os documentos básicos do PIASS para o Nordeste em 1976, juntamente com o Ministério da Previdência e Assistência Social, com base na prática do programa no Nordeste, elaborar uma série de documentos que viriam a constituir as bases da exposição de motivos dos quatro ministro **(MS, MPAS, MINTER E SEPLAN)** para a exposição de motivos foi solicitada ao Senhor Presidente da República, através do CDS, a intensificação e expansão do PIASS para todo o território nacional, que veio a se efetivar através do Decreto n. 84.219, de 14 de novembro de 1979. A coordenação e as participações institucionais são semelhantes ao projeto original. São objetivos da expansão nacional:

- implantar e operar rede de unidades sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes, bem como
- instalar e operar sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte.

Com as mesmas diretrizes já propostas e desenvolvidas no nordeste será dada ênfase à intensificação do programa na região e à expansão para as regiões Norte e Centro-Oeste, estado do Espírito Santo e, no estado de Minas Gerais, às macrorregiões do polígono das secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce, além de prioridade para as áreas de maior densidade de pobreza nas demais macrorregiões do estado de Minas Gerais e estados das regiões Sudeste e Sul.

As estratégias de implantação em cada estado tornam necessária a adequação do modelo PIASS às diferentes características regionais com a constituição de instrumentos que viabilizem a participação dos níveis estadual e local na programação da rede a ser implantada.

As diretrizes e normas operacionais, não entendidas como exigências centrais apriorísticas, mas enriquecidas pela experiências pregressas em cada nível, implicam em atividade permanente de acompanhamento e avaliação.

Como o PIASS não se limita à implantação de novas unidades de serviços de saúde, mas fundamentalmente à criação de uma rede de serviços básicos de saúde cuja unidade fundamental é o módulo básico, esforços foram desenvolvidos no sentido de incorporar a esta rede as unidades isoladas já existentes nos estados ou aquelas ligadas a outros programas de extensão de cobertura, bem como a integração efetiva com as unidades de maior complexidade (unidades mistas e hospitais) do setor público e privado.

Essa integração sistêmica, iniciada com o PIASS, será indispensável para a consolidação da rede de atenção primária do Sistema Nacional de Saúde, que está sendo proposta no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, com extensão para todo o território nacional, sem se limitar à zona rural.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde representará o esforço do governo de Saúde representará o esforço do governo federal em promover a integração das ações de saúde, corrigindo-se históricas distorções em parte decorrentes da escassa articulação político-programática entre os Ministérios da Saúde e Previdência Social, até então.

Através dessa integração, criar-se-ão as condições para implantar e manter em funcionamento, em todo o País, a rede de serviços básicos de saúde, de natureza pública, de cobertura universal e de caráter permanente, capaz de assegurar a todos os brasileiros, indistintamente, os cuidados e a proteção oferecidos pela adequada utilização dos instrumentos de saúde e saneamento básico.

O funcionamento descentralizado dessa rede básica substituirá a pesada e onerosa atuação federal direta, fortalecendo-se os estados e municípios, mais próximos dos proble-

Mas a atender e, portanto, potencialmente mais indicados para desenvolver ações continuadas e adequadas às necessidades comunitárias, com práticas preventivas de maior eficácia e procedimentos terapêuticos com resultados quase sempre insatisfatórios

4 – COMENTÁRIOS

1 – O PIASS deve ser entendido como uma proposta de serviço e não apenas como um programa de implantação de uma rede básica para aumentar a penetração dos programas especiais dos serviços de saúde tradicionais. Desta forma ele se constitui num elemento de transformação das práticas de serviço desenvolvidas pelas secretarias estaduais de saúde, o que, por sua vez, implica na necessidade de reformulações estruturais das mesmas.

2 – A grande preocupação atual é responder eficazmente às expectativas na área em que o programa vem atuando, desenvolvendo mecanismos que garantam a oferta de ações de saúde que atendam ás necessidades básicas da população, tanto em qualidade quanto em qualidade dos serviços.

3 – A participação comunitária deve permear todo o processo de implantação/operação da rede de serviços.

Deve ser entendida como um fim e não tão-somente dentro de uma visão instrumental de barateamento dos custos. Deve ser efetiva sobretudo no que se refere a decisões de interesse local do programa, e será tão mais expressiva quanto melhor responder às suas reais necessidades. Em princípio, desaconselha-se a organização de associações ou sociedades de saúde devendo preferentemente se apoiar nas organizações comunitárias pré-existentes.

4 – Tendo em vista que os recursos do **PLANASA** são dirigidos basicamente para comunidades urbanas de maior porte, nas quais existe possibilidades de retorno financeiro para o investimento, a atuação do sub-programa de saneamento tem dado priorida-

de às localidades pequenas (povoados, vilas, etc). Estas populações, além de extrema carência, não têm, via de regra, nenhuma possibilidade de encaminhamento de reivindicações a outros órgãos.

Por outro lado, os recursos obtidos pelo MS junto á Caixa Econômica Federal (programa FAZ) têm sido insuficientes para que o segmento saneamento acompanhe as metas alcançadas na implantação da rede básica de serviços de saúde. Urge a identificação de novas fontes ou a reorientação das atuais diretrizes de outros programas.

Outro problema é a manutenção dos sistemas de abastecimento de água. Deve-se evitar soluções que impliquem numa sobrecarga da população, em nome de uma visão puramente instrumental da participação comunitária.

5 – Na capacitação de recursos humanos é fundamental que, ao lado da preocupação prioritária com os níveis elementares, não sejam minimizadas as necessidades de atenção ao nível de gerência local, regional e central do programa.

6 – Para a consolidação da proposta PIASS e a viabilização da rede pública de serviços básicos de saúde é de vital importância que as decisões políticas de regionalização tornem-se efetivas, traduzindo-se realmente em transferência de poder decisório e aporte de recursos financeiros às estruturas regionais.

7 – A horizontalização programática, proposta desde o início do PIASS, como uma idéia de inversão do processo tradicional de planejamento, torna-se hoje instrumento indispensável ao cumprimento das metas programadas pelo plano operativo do convênio único MS/ governo estadual para 1980, bem como para o planejamento coerente das ações desenvolvidas pela rede de serviços básicos de saúde.

A partir desta nova realidade se impõe a revisão das atuais normas aplicadas aos programas tradicionais que vêm sendo desenvolvidos.

QUADRO 1 – SITUAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE E SANEAMENTO NO NORDESTE ATÉ DEZEMBRO DE 1979. REDE BÁSICA (PIASS/POLONORDESTE)

ESTADOS	NÚMERO DE REGIONAIS	MUNICÍPIOS			UNIDADES FUNCIONANDO		CAPACIDADE DE COBERTURA (**) (PESSOAS)	SANEAMENTO	
		TOTAL EXISTENTE	ÁREA PIASS (*)	TRABALHADOS	CENTROS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE		SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM FUNCIONAMENTO	PRIVADAS
MARANHÃO	11	130	117	63	63	94	566 000	2	–
PIAUÍ	7	115	106	83	83	156	810 000	28	45
CEARÁ	13	141	122	103	103	174	966 000	8	7 600
RIO GRANDE DO NORTE	6	150	139	96	96	181	938 000	7	337
PARAÍBA	9	171	156	121	121	75	876 000	13	1 700
PERNAMBUCO	8	164	139	95	95	235	1 040 000	5	7 500
ALAGOAS	5	94	74	82	82	197	886 000	–	–
SERGIPE	4	74	28	12	12	5	82 000	–	–
BAHIA	17	336	321	169	169	444	1 902 000	31	24
MINAS GERAIS (***)	1	47	47	47	55	183	696 000	78	4 800
TOTAL	81	1 422	1 249	871	879	1 744	8 762 000	172	22 006

* – Área **PIASS**: cidades, povoados e vilas até 20 000 habitantes

* * – Capacidade de cobertura: 01PS = 2 000 e 01CS = 6 000 pessoas

* * * – Norte de Minas

QUADRO 2 – COBERTURA MUNICIPAL E POPULACIONAL DO PIASS NO NORDESTE ATE DEZEMBRO DE 1979. REDE BÁSICA PIASS/POLONORDESTE

ESTADOS	MUNICÍPIOS					POPULAÇÃO					
	TOTAL (A)	ÁREA PIASS		TRABALHADOS		TOTAL (D)	ÁREA PIASS		COBERTURA		
		N.º (B)	% (B/A)	N.º (C)	% (C/B)		NÚMERO (E)	% (E/D)	META (F)	ATINGIDA (G)	% (G/F)
MARANHÃO	130	117	90	63	54	3 604 125	2 556 047	65	1 415 620	566 000	40
PIAUÍ	115	106	92	83	78	2 236 277	1 547 293	69	928 375	810 000	87
CEARÁ	141	122	87	103	84	5 565 300	3 063 067	55	1 837 840	966 000	53
RIO GRANDE DO NORTE	150	139	93	96	69	2 070 100	1 704 700	82	1 022 820	938 000	92
PARAÍBA	171	156	91	121	78	2 791 669	1 705 557	61	1 023 342	876 000	86
PERNAMBUCO	164	139	85	95	68	6 332 000	3 484 156	55	2 090 493	1 040 000	50
ALAGOAS	94	74	79	82	100	1 941 380	1 333 442	69	800 065	886 000	110
SERGIPE	74	28	38	12	43	1 051 800	391 920	37	235 152	82 000	43
BAHIA	336	321	96	169	53	9 065 200	2 393 022	82	4 438 813	1 902 000	43
MINAS GERAIS	47	47	100	47	100	1 135 014	1 135 014	100	836 152	696 000	83
TOTAL	1 422	1 249	88 %	871	70 %	35 792 865	24 119 218	68	14 628 672	8 762 000	60

QUADRO 3 – RECURSOS HUMANOS TREINADOS PARA A REDE BÁSICA DE SAÚDE-PIASS, ATÉ DEZEMBRO DE 1979

ESTADOS	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL MÉDIO	NÍVEL SUPERIOR	T O T A L
MARANHÃO	106	–	–	106
PIAUÍ	56	16	–	72
CEARÁ	227	188	26	441
RIO GRANDE DO NORTE	301	84	21	406
PARAÍBA	106	24	14	144
PERNAMBUCO	456	155	19	630
ALAGOAS	306	–	23	329
SERGIPE	92	14	–	106
BAHIA	555	182	20	757
MINAS GERAIS	618	–	66	684
T O T A L	2 823	663	189	3 675

QUADRO 4 – RECURSOS ALOCADOS PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS (Em Cr$ 1,00)

RECURSOS / ESTADOS	R E C U R S O S P I N		
	PIASS	POLONORDESTE	TOTAL
MARANHÃO	40 811 000	31 447 168	72 258 168
PIAUÍ	44 514 000	56 798 095	101 312 455
CEARÁ	81 129 000	78 543 900	159 673 455
RIO GRANDE DO NORTE	54 778 000	41 691 862	96 470 049
PARAÍBA	57 617 000	79 059 524	136 677 209
PERNAMBUCO	92 955 000	46 516 000	139 471 280
ALAGOAS	45 348 000	39 655 601	85 003 601
SERGIPE	9 495 000	21 000 000	30 495 000
BAHIA	124 367 000	79 380 259	203 747 259
MINAS GERAIS	55 367 000	–	55 367 000
F S E S P	68 354 000	–	68 354 824
T O T A L	675 000 000	474 092 409	1 149 092 409

QUADRO 5 – RECURSOS ALOCADOS PARA MANUTENÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS E APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO (Em Cr$ 1,00)

ESTADOS	APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO (ALOCADOS PELO MS 1976/1979)	REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS (ALOCADOS PELO INAMPS EM 1979)	TOTAL
MARANHÃO	5 893 000	37 120 000	43 013 000
PIAUÍ	3 202 000	30 183 000	33 385 000
CEARÁ	5 658 500	26 421 552	33 080 052
RIO GRANDE DO NORTE	6 874 000	20 591 000	27 465 000
PARAÍBA	6 294 000	36 273 000	42 567 000
PERNAMBUCO	5 624 000	23 227 500	28 851 500
ALAGOAS	3 951 000	28 325 000	32 276 000
SERGIPE	3 303 500	1 776 000	5 079 500
BAHIA	9 027 000	179 562 000	188 589 000
MINAS GERAIS	5 876 300	65 396 000	71 272 000
TOTAL	56 703 300	448 875 052	505 578 352

QUADRO 6 – DADOS MÉDIOS DE IMPLANTAÇÃO E MANUNTENÇÃO DOS MÓDULOS BÁSICOS PARA O NORDESTE, EM 1979.

DADOS MÉDIOS PARA	CENTRO DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE
1 — Obras		
a – construção	Cr$ 354 100,00	Cr$ 128 300,00
b – reformas	Cr$ 124 600,00	Cr$ 41 100,00
c – área construída	108 m²	49 m²
d – custo por m²	Cr$ 3 200,00	Cr$ 2 600,00
2 — Equipamento total	Cr$ 132 100,00	Cr$ 45 000,00
3 — Recursos humanos		
a – equipe mínima	3 (nível elementar), 2 (nível médio) 2 (nível superior)	2 (nível elementar)
b – custo total de treinamento/pessoa	Cr$ 10 000,00 (formação) Cr$ 5 000,00 (reciclagem)	
4 — Custo de manutenção mensal	Cr$ 70 000,00	Cr$ 10 000,00

QUADRO 7 – METAS DE IMPLANTAÇÃO/ REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SANEAMENTO NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	OBRAS						EQUIPAMENTO						SANEAMENTO	
	UM		CS		PS		UM		CS		PS		Abastecimento de Água	Privadas Higiênicas
	C	R	C	R	C	R	T	P	T	P	T	P		
MARANHÃO	–	2	5	17	80	–	–	6	8	29	87	11	33	–
PIAUÍ	–	4	–	10	78	10	–	5	3	8	87	11	32	1 703
CEARÁ	–	–	2	7	81	5	–	–	2	42	106	70	159	2 100
RIO GRANDE DO NORTE	–	–	7	12	32	9	–	–	7	10	28	9	20	5 985
PARAÍBA	–	–	14	–	28	–	–	–	14	–	28	–	69	1 700
PERNAMBUCO	–	16	9	18	54	11	–	35	9	26	68	68	22	9 200
ALAGOAS	–	3	6	14	46	1	–	4	6	61	53	10	–	–
SERGIPE	–	1	1	–	23	2	–	1	17	–	62	–	13	6 010
BAHIA	–	–	11	14	103	4	–	–	15	27	102	8	68	2 440
MINAS GERAIS	–	–	91	5	311	3	–	–	44	–	291	–	–	–
TOTAL	–	26	146	97	836	45	–	51	125	203	912	187	416	29 138

QUADRO 7-A – METAS DE IMPLANTAÇÃO/REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SANEAMENTO NOS DEMAIS ESTADOS DO BRASIL. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	OBRAS						EQUIPAMENTO						SANEAMENTO	
	UM		CS		PS		UM		CS		PS		Abastecimento de Água	Privadas Higiênicas
	C	R	C	R	C	R	T	P	T	P	T	P		
AMAZONAS	1	1	–	–	21	–	1	1	–	1	67	–	–	–
PARÁ	1	4	5	–	7	7	1	4	5	–	7	7	179	21 268
ACRE	9	–	–	–	13	–	9	–	7	5	35	–	–	983
RORAIMA	–	4	–	–	8	2	–	3	–	1	8	5	7	70
RONDÔNIA	–	–	1	12	5	1	–	–	2	8	50	7	27	–
AMAPÁ	–	4	–	–	10	6	–	4	–	–	20	13	4	243
MATO GROSSO	–	–	25	–	15	–	–	–	24	–	15	–	–	–
MATO GROSSO DO SUL	–	–	31	–	52	–	–	–	–	31	52	–	–	–
GOIÁS	–	2	2	12	39	10	–	2	1	25	40	12	35	–
SÃO PAULO	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
RIO DE JANEIRO	1	–	–	4	5	4	1	–	–	–	5	1	–	–
ESPÍRITO SANTO	–	–	30	21	67	2	–	–	30	21	67	–	–	–
PARANÁ	–	–	6	3	9	4	–	–	6	3	9	4	27	3 006
SANTA CATARINA	–	–	–	–	10	–	–	–	–	–	10	–	–	–
RIO GRANDE DO SUL	–	–	50	–	–	–	–	–	34	16	–	–	40	8 204
DISTRITO FEDERAL	–	–	34	–	–	–	–	–	34	–	–	–	–	–
SUBTOTAL	12	15	184	52	261	36	13	14	143	111	385	39	319	33 779
TOTAL BRASIL	12	41	330	149	1 097	81	13	65	268	314	1 297	226	735	62 917

QUADRO 8 – METAS PARA OPERAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE								
		EM DEZEMBRO DE 1979			A IMPLANTAR EM 1980			EM DEZEMBRO DE 1980		
		U M	C S	P S	U M	C S	P S	U M	C S	P S
MARANHÃO	130	6	9	58	24	77	249	30	86	307
PIAUÍ	115	21	83	153	–	2	92	21	85	243
CEARÁ	140	11	103	174	7	9	237	18	109	411
RIO GRANDE DO NORTE	150	12	96	181	1	34	71	13	130	252
PARAÍBA	171	4	121	75	–	14	28	4	135	103
PERNAMBUCO	164	82	95	231	14	8	135	96	103	366
ALAGOAS	94	12	82	197	–	6	47	12	88	244
SERGIPE	74	1	12	5	1	17	62	2	29	67
BAHIA	336	20	169	444	–	115	396	20	284	840
MINAS GERAIS	722	–	461	644	–	91	311	–	552	955
TOTAL	2 096	169	1 231	2 165	47	373	1 628	216	1 601	3 793

QUADRO 8-A METAS PARA OPERAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
NOS DEMAIS ESTADOS BRASIL. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE								
		EM DEZEMBRO DE 1979			A IMPLANTAR EM 1980			EM DEZEMBRO DE 1980		
		U M	C S	P S	U M	C S	P S	U M	C S	P S
AMAZONAS	44	29	25	3	1	1	67	30	26	70
PARÁ	83	24	44	193	5	5	14	29	49	207
ACRE	15	—	6	23	9	6	7	9	12	35
RORAIMA	2	—	2	8	4	—	6	4	2	14
RONDÔNIA	7	1	15	27	—	2	37	1	17	64
AMAPÁ	5	4	4	39	—	—	10	4	4	49
MATO GROSSO	53	—	34	—	—	25	15	—	59	15
MATO GROSSO DO SUL	55	—	81	—	—	31	52	—	112	52
GOIÁS	225	5	229	15	1	—	41	6	229	56
ESPÍRITO SANTO	54	—	92	—	—	30	67	—	122	67
SÃO PAULO	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
RIO DE JANEIRO	64	172	40	105	1	4	5	173	44	110
PARANÁ	290	—	70	253	—	9	13	—	79	226
SANTA CATARINA	197	1	224	72	—	—	10	1	224	82
RIO GRANDE DO SUL	232	—	404	—	—	50	—	—	454	—
DISTRITO FEDERAL	9	—	5	10	—	34	—	—	39	10
S U B T O T A L	1 335	236	1 275	753	21	197	284	257	1 472	1 097
T O T A L B R A S I L	3 431	405	2 506	2 918	68	570	1 912	473	3 073	4 890

QUADRO 9 – METAS PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	MÓDULO BÁSICO					NÍVEL REGIONAL		NÍVEL CENTRAL	
	TREINAR		RECICLAR			RECICLAR		RECICLAR	
	E	M	E	M	S	M	S	M	S
MARANHÃO	338	71	599	42	225	110	20	100	50
PIAUÍ	206	84	162	37	54	35	18	30	25
CEARÁ	401	146	79	115	236	96	68	–	–
RIO GRANDE DO NORTE	127	52	94	54	87	48	48	60	30
PARAÍBA	125	44	–	–	88	–	34	–	–
PERNAMBUCO	918	31	368	732	376	115	113	31	120
ALAGOAS	150	62	10	–	159	–	36	–	–
SERGIPE	186	–	100	50	30	–	–	–	–
BAHIA	....	....	....	....	....	....	....	....	....
MINAS GERAIS	811	56	–	–	64	–	–	–	–
TOTAL	3 262	546	1 412	1 030	1 319	404	337	221	225

QUADRO 9-A – METAS PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NOS DEMAIS ESTADOS DO BRASIL. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	MÓDULO BÁSICO					NÍVEL REGIONAL		NÍVEL CENTRAL	
	TREINAR		RECICLAR			RECICLAR		RECICLAR	
	E	M	E	M	S	M	S	M	S
AMAZONAS	141	–	181	12	–	–	–	–	–
PARÁ	480	187	403	103	155	3	20	–	15
ACRE	17	2	21	25	17	–	19	–	–
RORAIMA	16	–	79	7	16	–	2	4	4
RONDÔNIA	194	48	72	65	125	12	9	10	50
AMAPÁ	10	–	20	–	2	–	1	5	5
MATO GROSSO	105	75	102	102	44	30	15	–	30
MATO GROSSO DO SUL	135	76	68	34	–	–	24	–	–
GOIÁS	151	42	154	36	149	30	30	10	10
SÃO PAULO	....	....	....	....	....	....	....	....	....
RIO DE JANEIRO	....	....	....	....	....	....	....	....	....
ESPÍRITO SANTO	534	106	272	–	–	75	–	–	186
PARANÁ	590	–	30	–	–	114	95	–	30
SANTA CATARINA	111	258	–	338	364	–	48	93	16
RIO GRANDE DO SUL	40	369	–	–	653	201	142	31	213
DISTRITO FEDERAL	390	–	117	546	624	–	40	–	–
SUBTOTAL	2 914	1 163	1 519	1 323	2 149	465	445	153	459
TOTAL BRASIL	6 176	1 709	2 931	2 353	3 468	870	782	374	684

QUADRO 10 – RECURSOS FINANCEIROS PARA O PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE POR FONTE NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980. (Em Cr$ 1 000,00)

FONTE / ESTADOS	TOTAL DE RECURSOS PARA A REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS	TESOURO DO ESTADO (ORÇAMENTO)	INAMPS PROPOSTO Manutenção	PIASS (ALOCADOS)	PIASS/FAS (ALOCADOS)	MS + INAN (ALOCADOS)	OUTROS
MARANHÃO	341 295	86 500	55 842	25 000	50 000	82 345	41 608
PIAUÍ	454 905	100 000	80 000	25 000	50 000	125 576	74 329
CEARÁ	532 071	115 723	135 565	25 000	45 000	164 907	45 876
RIO GRANDE DO NORTE	559 324	128 126	229 738	25 322	50 000	77 413	48 725
PARAÍBA	499 450	178 200	100 704	25 000	40 000	115 010	40 536
PERNAMBUCO	752 830	86 041	202 900	32 000	95 000	295 355	41 534
ALAGOAS	308 172	78 071	84 946	30 423	40 000	74 732	–
SERGIPE	201 211	89 808	16 800	15 000	35 000	42 169	2 424
BAHIA	943 442	......	388 728	84 000	135 000	305 714	30 000
MINAS GERAIS	1 998 595	1 226 250	372 800	108 060	60 000	84 576	146 909
TOTAL	6 591 295	2 088 719	1 668 023	394 805	600 000	1 367 797	471 951

QUADRO 10-A – RECURSOS FINANCEIROS PARA IMPLANTAÇÃO/MANUTENÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE RECURSOS TOTAIS E POR FONTE DE FINANCIAMENTO PARA 1980. (Em Cr$ 1 000,00)

FONTE / ESTADOS	TOTAL DE RECURSOS PARA A REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS	TESOURO DO ESTADO (ORÇAMENTO)	INAMPS PROPOSTO Manutenção	PIASS (ALOCADOS)	PIASS/FAS (ALOCADOS)	MS + INAN (ALOCADOS)	OUTROS (ALOCADOS)
AMAZONAS	666 499	239 678	199 657	30 000	–	68 808	128 356
PARÁ	476 819	239 552	40 000	35 000	–	128 389	33 878
ACRE	291 224	14 042	12 533	10 000	–	24 672	229 977
RONDÔNIA	215 619	126 103	9 940	14 000	–	20 472	45 104
RORAIMA	62 119	24 132	12 167	5 000	–	9 140	11 680
AMAPÁ	60 051	25 345	2 133	10 000	–	18 323	4 250
MATO GROSSO	386 805	211 720	15 500	25 000	–	40 122	94 463
MATO GROSSO DO SUL	420 458	289 047	61 853	45 000	–	24 558	–
GOIÁS	337 303	116 811	73 537	70 000	–	75 158	1 797
ESPÍRITO SANTO	433 302	259 252	60 768	40 600	–	43 901	28 781
SÃO PAULO	8 328 908	8 176 912	.....	14 000	–	110 333	51 663
RIO DE JANEIRO	677 321	486 951	14 589	6 000	–	82 129	87 652
PARANÁ	524 996	384 921	.....	14 000	–	101 600	24 475
SANTA CATARINA	523 666	287 450	6 155	6 000	–	56 686	167 375
RIO GRANDE DO SUL	739 039	365 527	158 486	17 340	–	72 891	124 795
DISTRITO FEDERAL	703 659	238 673	247 170	30 000	–	18 941	168 875
SUBTOTAL	14 871 788	11 486 116	914 488	371 940	–	896 123	1 203 121
TOTAL BRASIL	21 463 083	13 574 835	2 582 511	766 745	600 000	2 263 920	1 675 072

MODELOS DE SERVIÇOS BÁSICOS E SUA ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

MARLOW KWITKO

Secretário de Serviços Médicos

Ministério da Previdência e Assistência Social

Em nosso entendimento, uma estruturação de serviços básicos que melhor se enquadraria às necessidades de nossa população seria constituída de dois modelos fundamentais, no que se refere à prestação de serviços de saúde as pessoas:

MODELO I - Em áreas rurais, carentes de assistência médico-sanitária

Funções: atendimento elementar.

Agentes: auxiliares de saúde, treinados e supervisionados permanentemente por profissionais de saúde de nível superior.

Locais: postos de saúde ou dependências cedidas pela comunidade.

MODELO II - Em áreas urbanas, que já dispõem de estrutura de assistência médico-sanitária

Funções: atendimento profissional indiferenciado e elementar.

Agentes: médicos gerais, enfermeiros, odontológos, laboratoristas, auxiliares de saúde, pessoal administrativo

Locais: postos ou centros de saúde; unidades mistas; hospitais gerais localizados onde não existem recursos ambulatoriais.

Por outro lado, a articulação dos serviços básicos com os demais níveis de atendimento pode ser visualizada a partir do esquema anexo (figura 1) onde está representada a hierarquização do atendimento ambulatorial e hospitalar. Um dos princípios básicos da hierarquização, conforme se vê no esquema, é o de que cada nível ambulatorial de atendimento contenha sempre todos os menos hierarquizados, com o objetivo de racionalizar a assistência a população, facilitando seu acesso, sempre através de atendimento básico. Nesse mesmo sentido, pode ser necessária a existência de atendimento básico em determinados hospitais localizados em áreas desprovidas de serviços ambulatoriais.

Outros aspectos importantes, complementos da hierarquização, são os demais componentes do princípio da regionalização, indispensável para organizar o sistema de saúde, a saber:

● Suficiência: a região deve conter, dentro de seus limites, os serviços necessários à atenção da quase totalidade das necessidades de saúde da população.

● Economia: conjunto de características ou princípios que permitem a racionalização das atividades de atendimento e do uso dos recur-
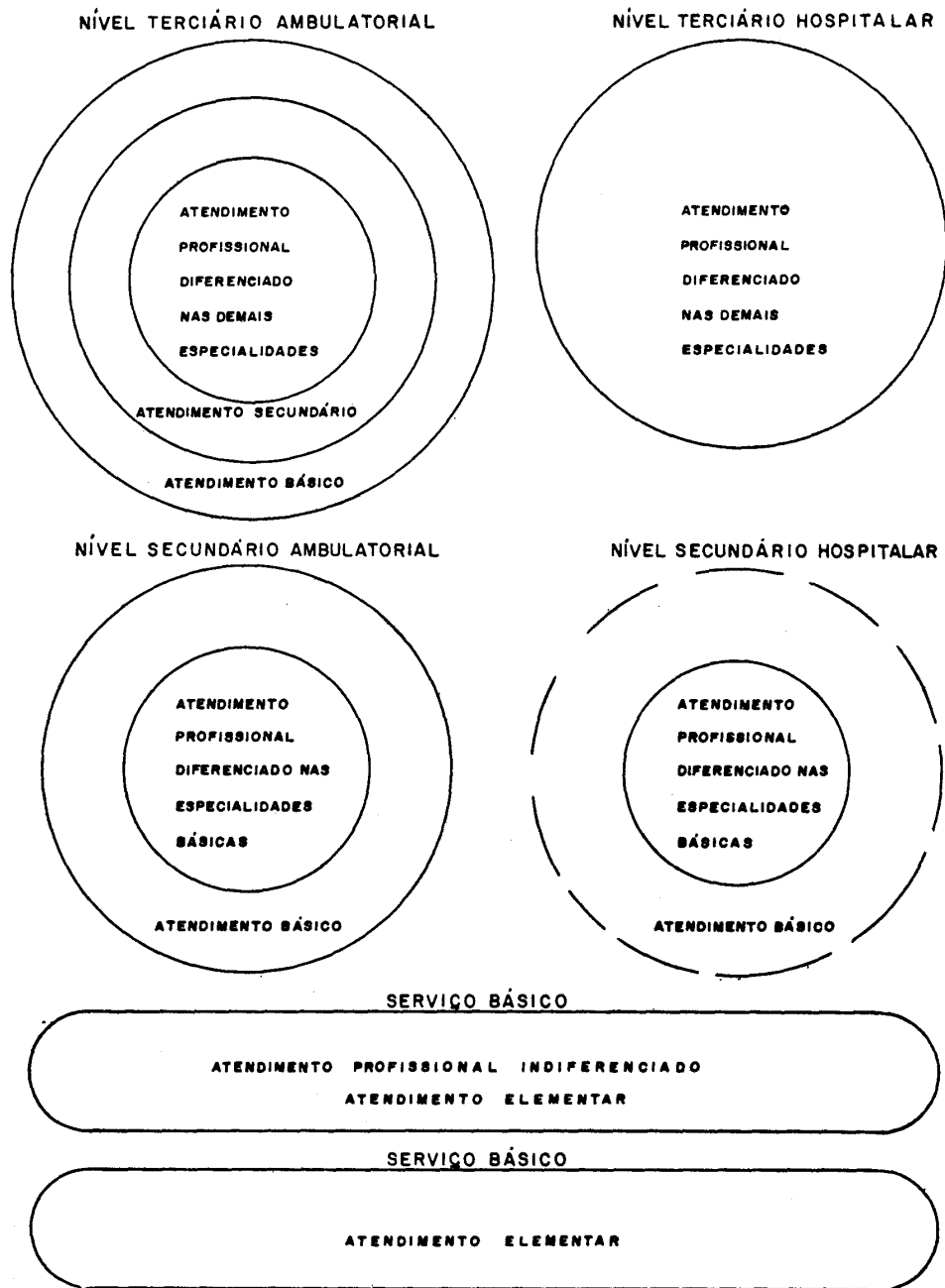
Figura 1 – Serviços de saúde: níveis Hierárquicos.

sos, aumentando-lhes a eficiência (inclui-se aqui a própria hierarquização).

- Integração: de atividades de saúde e de estabelecimentos; de instituições (coordenação e articulação funcional); dos serviços de saúde na comunidade.

- Desconcentração: da execução de serviços e de funções administrativas.

- Descentralização: de funções de decisão.

- Flexibilidade: para permitir sua adequação permanente a evolução das condições de saúde sócio-econômicas da região.

A padronização de condutas (profiláticas, diagnósticas e terapêuticas), de medicamentos e equipamentos, bem como a adoção de sistemas eficientes de supervisão, informação, avaliação e abastecimento, são fundamentais, tanto para a definição precisa das fronteiras de atuação de cada nível, como para a dinâmica do sistema, no sentido de se obter produtividade e resultados melhores possíveis.

É importante também atentar para algumas das principais distorções que podem se verificar no processo de articulação entre os diversos níveis, no sentido de evitá-las e/ou corrigi-las:

- Baixa capacidade resolutiva, em especial da rede de serviços básicos, determinando excesso de referência de casos aos demais níveis, principalmente a rede hospitalar. Trata-se de uma distorção extremamente grave, uma vez que a expansão de cobertura a população poderá, nesse caso, gerar uma demanda hospitalar, além de desnecessária, incapaz de ser custeada com os recursos disponíveis. Para que isso não ocorra, além de todas as medidas organizacionais já citadas, pode ser importante a criação de um plano de carreira, com tempo integral, para os recursos humanos da rede de serviços básicos.

- Acesso direto da população aos níveis secundário e terciário, como já ocorre atualmente. A solução para isso é de caráter organizacional, através de supervisão, avaliação e auditoria.

- Dificuldades de acesso da população encaminhada, através dos serviços básicos, aos demais níveis, por deficiências de transporte, falta de vagas em hospitais, etc. Uma regionalização adequadamente estabelecida, bem como um eficiente entrosamento entre o setor ambulatorial e o hospitalar poderá minimizar esta distorção.

Deve-se ainda enfatizar que, ao setor público, como gestor da quase totalidade dos recursos aplicados em saúde no País, cabe orientar todo o processo de relacionamento entre os níveis hierárquicos de atendimento, tarefa essa que exigirá um significativo esforço, no sentido de superar dificuldades, tais como: 1) organizar o sistema de saúde em um país de grandes dimensões e com prioridades regionais diversas; 2) coordenar a atuação de todos os demais setores que atuam no sistema (privado, filantrópico, etc.); 3) definir as responsabilidades de cada um destes componentes do sistema de saúde, através da regulamentação de modalidades assistenciais, bem como estabelecer uma programação precisa para cada um dos níveis hierárquicos de atendimento, a começar pelos serviços básicos; etc.

Por último, um aspecto não menos importante, a exigir uma perfeita articulação entre os serviços básicos e os demais níveis de atendimento, é o fato de que este sistema parece constituir-se, em tese, no único caminho viável para ampliar a cobertura assistêncial, desafogar a demanda e, simultaneamente, possibilitar a população inteira o acesso a todos os níveis, de modo que, indiscriminadamente, todos possam usufruir dos conhecimentos e tecnologia que a ciência oferece, em benefício da saúde. Para tanto, repita-se, é fundamental a questão tática de que o acesso direto ao sistema de saúde seja rigorosamente feito através dos serviços básicos, admitindo-se como exceção as emergências, as quais, dependendo da complexidade, poderão inclusive ser atendidas nos serviços básicos. Isto, no entanto, pressupõe uma capacitação deste primeiro nível para resolver a maioria dos problemas de saúde que a ele demandarem, com o que ficariam liberados recursos capazes de proporcionar o atendimento dos casos não solucionados, nos níveis de maior complexidade assistencial.

OS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DE COBERTURA: LIMITAÇÕES, DIFICULDADES E RISCOS

SOLON MAGALHÃES VIANNA

Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) da Secretaria de Planejamento da Presidência da República

1 – INTRODUÇÃO

A preocupação com a extensão de cobertura dos serviços de saúde, mediante o desenvolvimento de ações básicas, tomou sua maior dimensão como instrumento de política social a partir da implementação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (1976-1979). Sua limitação inicial às pequenas comunidades do Nordeste se explica tanto em face da óbvia prioridade atribuída a uma área carente, como pela maior facilidade em instalar, a partir de microrregiões ainda não de todo atingidas pelo conflito entre os interesses social e empresarial-corporativo que afetam o setor, um sistema de prestação de serviços essenciais de saúde e saneamento estruturado em função das necessidades da população.

Com o início do atual governo consolidou-se a linha de ação do PIASS mediante sua intensificação no Nordeste e sua extensão temporal (1980-1985) e espacial para o restante do país, de modo a abranger as regiões Norte e Centro-Oeste, estado do Espírito Santo e, no estado de Minas Gerais, as macrorregiões do polígono das secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha e Doce. Nas demais áreas do país a prioridade de atuação concentrar-se-á nas zonas de maior densidade de pobreza, atuando o PIASS como catalisador dos esforços próprios dos estados.

0 reconhecimento da importância dos serviços básicos e da responsabilidade do setor público na prestação direta destes serviços pode ser atribuído a quatro fatores principais:

a) a aceitação a nível político da doutrina que embasa o PIASS, demonstrada na prática com a intensificação e expansão . desse programa;

b) a evolução favorável da conjuntura política, colocando pela primeira vez em mútua sintonia os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social;

c) o alto custo social da expansão não controlada dos serviços assistenciais especializados, em áreas muitas vezes já bem dotadas desses equipamentos, sem que tenham sido satisfeitas as necessidades mais elementares da população em saúde, saneamento e nutrição;

d) a proximidade da exaustão dos recursos para a saúde particularmente os de origem previdenciária, se mantido o modelo vigente de assistência médica.

A implantação de uma rede de serviços básicos de saúde nos moldes que ora se delineiam não se fará imune a limitações, riscos e dificuldades.

2 — LIMITAÇÕES

Se o objetivo maior é a melhoria do nível de saúde da população, é necessário não perder a consciência da relativa impotência do setor para, em um contexto social e econômico eventualmente desfavorável, alcançá-la com seu esforço isolado.

Não é mais polêmico, se algum dia já o foi, que o grau de higidez de uma coletividade, particularmente as mais pobres, só apresenta taxas satisfatórias e irreversíveis, quando de-

corrente de medidas econômicas e sociais que assegurem a geração de novos empregos, o aumento do nível de vida do trabalhador agrícola e uma redistribuição de renda nas áreas urbanas em favor dos segmentos menos favorecidos. Um segundo tipo de limitação concerne ao caráter finito dos recursos e o seu grau de comprometimento com a manutenção do modelo em vigor.

Não se trata mais, ainda que esta tenha sido a tônica mais importante do PIASS na sua pratica, de edificar uma rede de novas unidades em área geográfica limitada que não disponha desse tipo de equipamento social. Essa linha de ação será certamente necessária em algumas regiões, mas não na maioria do País.

A tarefa de maior porte, mais árdua e sem o fácil apelo politico-eleitoral ligado ao efeito visual das obras físicas, será a de ordenar a oferta atual, reconhecidamente ampla e heterogênea e, presumivelmente, ociosa.

Na verdade a nova orientação estratégica pressupõe um redirecionamento da expansão do setor bastante semelhante ao que muitos economistas defendem para a área econômica como um todo: inibir o crescimento da produção de bens sofisticados, quase sempre com forte dependência externa e promover o aumento da disponibilidade de bens de consumo popular que não requerem tecnologia de ponta.

Parece difícil, intra-setorialmente, outro entendimento, já que seria pouco factível implantar uma rede de serviços básicos de amplitude nacional mantendo os mesmos índices de crescimento dos serviços especializados registrados nos últimos anos.

As preocupações atuais com o controle da inflação, valorizando a importância do controle do gasto público, tomam pelo menos improvável que o governo aumente de forma significativa os recursos do setor saúde. A rede básica deve forçosamente surgir como decorrência do remanejamento de recursos intra-setoriais e da soma de esforços federais, estaduais e municipais sem prejuízo, sobretudo na fase inicial, da alocação de recursos novos eventualmente disponíveis, como catalisadores do processo.

3 — DIFICULDADES

Enquanto os projetos de extensão de cobertu ra implicarem apenas na utilização de recursos novos, como foi o **PIASS** em sua maior expressão, não sofrerão embaraços e oposição. Na medida em que a sua amplitude nacional não possa ser atendida dessa forma e exigir, sob pena de insucesso, remanejamentos orçamentários, programáticos e estratégicos mais contundentes, seria ingenuidade não estar preparado para suportar fortes pressões contrarias.

Outra dificuldade será incorporar a oferta atual de serviços básicos operada pelo setor privado, ajustando-a aos novos objetivos. Evidentemente o problema não existiria se o conceito predominante de serviços básicos fosse menos abrangente, limitando-se, mesmo em áreas de maior densidade demográfica, ao desenvolvimento de ações preventivas e atenção ambulatorial. O consenso mais difundido, entretanto, classifica como básicas certas atividades como a hospitalização de casos pediátricos, obstétricos e clínico-cirúrgicos mais freqüentes. A maior parte dessas atividades esta, como a sabido, sob controle empresarial.

Embora esteja muito claro que o relacionamento com o setor privado não deva ser mantido na sua forma atual, ainda estão bastante imprecisas as transformações necessárias para evitar a reprodução dos desacertos do sistema atual. Um novo pacto tem estreita vinculação com uma política de recursos humanos, menos quarto ao aparelho formador, cujo ajustamento as novas exigências de mercado devera ocorrer sem traumas, do que quarto ao campo das relações de trabalho.

A adoção do regime de tempo integral, por exemplo, encontra óbices formais quase incontornáveis, a partir da legislação sobre salário profissional e jornada de trabalho de médicos e dentistas, ate o dispositivo constitucional que permite o acumulo de dois cargos privativos de médicos, privilegio já reivindicado por outras categorias. A instituição de um plano de carreira e a criação de estímulos para o exercício profissional em zonas remotas implicam em longas e penosas negociações, já que a política de recursos humanos obedece a uma orientação uniforme para todas as categorias do setor publico. A variedade de situações prevalecente nos estados requerera formas distintas de apoio federa a esquemas de remuneração que permitam equalizar a retri-

buição da força de trabalho federal, estadual e municipal.

Seja qual for a orientação a ser assumida e essencial que assegure uma nítida separação entre os recursos humanos de alguma forma vinculados aos interesses privados e a força de trabalho do setor público. Enquanto perdurar a dupla militância, parece inconseqüente exigir maior eficiência de hospitais e outras unidades públicas de saúde, dirigidas ou operadas, com freqüência inquietante, por seus próprios concorrentes.

Não será fácil também induzir produtores e consumidores a oferecer e procurar serviços mais simples, ainda que eficazes, em substituição a conduta usual de utilizar como rotina recursos especializados. O elevado consumo, em grande parte supérfluo, de serviços de alto teor tecnológico, que muitas vezes pouco ou nada acrescentam a saúde do paciente, se deve a um tácito entendimento entre médicos e pacientes. Os primeiros tendendo a subestimar o contato e o dialogo com o paciente, substituindo-os por baterias de exames de laboratório e outros atos complementares, seja porque cedem ao fascínio exercido pela sofisticação tecnológica, seja porque estão de alguma forma estimulados pelo sistema de remuneração que privilegia essa conduta ou seja, ate mesmo, porque em condições desfavoráveis de trabalho procuram livrar-se do paciente o mais depressa possível.

A clientela, por sua vez, vitima inconsciente da mitificação da tecnologia médica e da **glamorização** do especialista pelos meios massivos de comunicação, tende a vincular a qualidade do atendimento a freqüência, variedade e complexidade dos atos médicos a que a submetida e ao numero de especialistas para os quais a encaminhada. Romper esse circulo não a fácil, ainda que seja essencial, ate porque, prevalecendo esse comportamento coletivo, a atenção primaria nas áreas urbanas não tem o menor sentido.

Uma das medidas mais cogitadas para impedir a demanda espontânea e exacerbada de serviços especializados e a vinculação da clientela a determinada unidade de cuidados primários, a quem caberia o encaminhamento aos níveis secundário e terciário, se e quando necessário. A solução ainda não foi testada na pratica para permitir um ajuizamento definiti-vo. E certo, porem, que apresenta inconvenientes ainda não contornados. O fato de a rede primária cumprir essa função seletiva na área rural se deve menos a qualquer solução técnica mais engenhosa do que as distancias que separam a população dos níveis especializados, tomando mais interessante a procura a unidade periférica mais próxima.

Em áreas urbanas, o esquema de vinculação compulsória, se mal aplicado, poderia apenas burocratizar a assistência, criando uma etapa de intermediação entre a população (que hoje já consegue, muitas vezes, identificar o especialista que necessita) e a atenção médica a que tem direito. A rede de serviços básicos na área urbana somente cumprirá seu papel na racionalização da procura a serviços especializados se tiver credibilidade e eficácia. Terá, portanto, que provar, sem recorrer a artifícios burocráticos, que a mais rápido, seguro e confortável procurar, na maioria das vezes, a periferia do sistema do que seus níveis mais complexos.

4 — RISCOS

Ainda que superadas as limitações e dificuldades próprias de um processo de mudança, a opção por uma rede de serviços básicos traz em seu bojo alguns riscos que deverão ser corridos. Um desses riscos decorre da descentralização.

A transferência do planejamento e da prestação de serviços de saúde para os estados (e destes para os municípios, quando indicado) a despeito de sua formal explicitação em textos legais como o Decreto-Lei n.° 200/67 e a Lei 6 299/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, somente no atual momento pólítico passou a constituir-se em efetiva e, aparentemente, irreversível decisão do governo.

A nova postura governamental a irrepreensível: atribuindo-se um desempenho mais restrito a política, estratégia e financiamento do sistema de proteção e recuperação da saúde, o governo federal procura afastar-se da execução de atividades de nítido caráter local.

A transferência para os estados da faculdade de decidir quanto à aplicação dos recursos públicos pode, todavia, conduzir ao agravamento das piores distorções do modelo vigente de prestação de serviços de saúde,

tantas vezes denunciadas. Com efeito, concretizada essa decisão sem que simultaneamente sejam criados mecanismos que protejam as estruturas estaduais do **lobby** empresarial-corporativo, a estratégia de inverter de forma gradual e não traumática a tendência privatizante do modelo pode ser irremediavelmente comprometida.

Com a desconcentração do poder, essa tendência poderá se aguçar na medida em que os grupos produtores, historicamente coesos na defesa do **status quo,** tenham sua capacidade de pressão potencializada diante da fragilidade da maioria das secretarias de saúde. Em outras palavras, o setor privado de saúde, que constitui um problema sério quando abandona suas formas legitimas de organização para dedicar-se ao mercado cativo propiciado pela previdência social, não estaria mais diante de apenas uma organização poderosa, o INAMPS, mas, sim, de inúmeras secretarias de saúde, muito mais sujeitas as pressões locais, tanto dos produtores, a quem por motivos óbvios interessa a manutenção da tendência atual, como dos consumidores, fascinados pela falácia da extinção das filas e pelo aparente livre acesso aos serviços que forem oferecidos pela clinica privada. Dai porque se torna essencial fixar com preciso o papel do setor privado no sistema de saúde, exorcizando-se as ambigüidades e eufemismos com que o assunto a habitualmente tratado.

O gradualismo, essencial na inversão do processo de privatização, para que não produza efeitos colaterais, descarta radicalismos como a estatização da rede particular ou a sua inviabilização mediante a rescisão dos contratos previdenciários por decisão unilateral e outras medidas desse porte.

Cabe, no entanto, porque legitimo em uma economia de mercado que abomine sem hipocrisia a tutela estatal, atribuir como função básica do setor privado a responsabilidade sobre o segmento da sociedade capaz de custear diretamente ou por meio de esquemas privados facultativos (não necessariamente incentivados) de seguro-saúde os serviços que necessita.

Por outra parte uma rede, rural ou urbana, de unidades destinadas a cuidados primarios, sob pressão da demanda a serviços cura tivos, corre também o risco de negligenciar a execução de ações preventivas, sua primeira prioridade. Se essa rede de unidades, por exemplo, alcançar a médio prazo a erradicação de doenças evitáveis por imunização terá cumprido parte importante do papel que lhe foi reservado no sistema de saúde, e se essa meta for atingida com custos mínimos, terá justificada sua existência. A preocupação com tal objetivo não pode porém transformá-la em um mero posto de encaminhamento a atenção secundaria e terciária.

Tentativas equivocadas de atendimento médico indiferenciado em área urbana têm fracassado não só porque os especialistas estão acessíveis como porque o profissional a quem compete resolver as patologias mais comuns, por comodismo, insegurança ou condições precárias de trabalho, transforma-se em mero distribuidor de pacientes de acordo com a sintomatologia apresentada, tarefa cuja relativa simplicidade poderia ser desempenhada com menor curto por pessoal paramédico.

5 — CONCLUSÕES

A análise de alguns fatores que obstaculizam a extensão da cobertura dos serviços de saúde nem de longe se esgota nesta oportunidade. Nem era essa a intenção. Procurou-se, na verdade, contribuir para a discussão ampla e aberta de problemas cujo equacionamento condicionara o sucesso ou fracasso das novas perspectivas que se anunciam para o setor. Esses problemas, alguns dos quais examinados neste documento, requerem, a curto prazo, definições firmes, mesmo que imperfeitas.

Progressos já foram alcançados. A definição **política —** dar acesso, indistintamente, a todos os segmentos sociais aos cuidados básicos de saúde — parece irreversível. A opção **estratégica —** expansão do sistema de saúde com prioridade do crescimento de uma rede de atenção primária — não poderia ser mais realista e conseqüente. O consenso quanto a alguns componentes ainda nebulosos dessa estratégia será alcançado desde que sua busca ocorra sob a óptica do interesse social em um clima estimulante ao exercício da crítica e do debate, como se configura a tônica desta 7.ª Conferência Nacional de Saúde.

AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE EXPERIÊNCIA EM ALAGOAS

JOSÉ BERNARDES NETO
Secretario de Saúde e Serviço Social do Estado de Alagoas

1 — INTRODUÇÃO

As secretarias estaduais de saúde vinham, até muito recentemente, desenvolvendo uma prática bastante distorcida dos propósitos explicitados em suas políticas.

Assim que enquanto se propunham a execução de ações de alcance coletivo, suas unidades de serviços, na maioria das vezes, se restringiam ao atendimento a demanda de parcelas mínimas da população. Isto acontecia porque a escassez de recursos, agravada por sua pulverização, tornava impossível dotar as unidades de serviços de recursos compatíveis com as tarefas que lhes eram solicitadas.

Na verdade uma grande parcela de recursos obtidos do Ministério da Saúde, através de convênios para a execução de programas específicos, perdia-se na sustentação de aparelhos burocráticos de controle, sobrando muito pouco para as necessidades dos serviços.

O baixo potencial de cobertura incapaz de realizar as ações programadas rendia-se as pressões da demanda e, nas ações de saúde prestadas, predominavam as de caráter curativo e de alcance individual. Assim as secretarias de saúde não só não realizavam os seus propósitos de trabalhar com saúde publica como ainda trabalhavam mal com a atenção as pessoas.

Em 1972, em sua 3.ª Reunião Especial, os ministros de saúde das Américas elaboraram o Plano Decenal de Saúde, recomendando "começar nesta década a instalação de mecanismos que tornem viável lograr a cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os paises da região". Em nosso país este propósito viria dar origem a alguns programas de implantação de uma rede básica de serviços de saúde como o PIASS e POLONORDESTE, assumindo o INAMPS a responsabilidade de manutenção da rede.

Conforma-se uma nova realidade: ao invés de executoras de programas dirigidos a grupos eletivos e restritos da população as secretarias de saúde tornam-se responsáveis pela extensão de ações de saúde integralizadas a maioria absoluta da população, que, por contribuir, ainda que indiretamente, para o financiamento dos serviços, passa a ter considerável forca de pressão.

2 . IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO NO ESTADO DE ALAGOAS

É oportuno neste momento tecermos algumas considerações a respeito do desencadeamento do processo de implantação do PIASS em nosso estado.

Numa visão um tanto quanto sucinta deste processo, alguns enfoques podem ser abordados, que nos parecem bastantes importantes no contexto geral do desenvolvimento do programa.

A princípio, embora se constatasse um clima de aceitação da nova política a ser implementada ao segmento saúde, com a implantação do PIASS no estado, havia uma certa apreensão por parte dos dirigentes em relação á capacidade de execução de um programa desta envergadura, em face da limitação de recursos financeiros para a manutenção dos serviços, posteriormente. Essa atitude nos parece bastante compreensível, levando-se em consideração a estrutura administrativa que se vivia na época. O desafio, porém, foi assumido. A partir de então, iniciou-se rapidamente a implantação da rede básica proposta pelo programa, muito embora não houvesse ainda uma unidade de pensamento em relação a sua viabilidade.

Evidentemente, em face da falta de estruturação do setor saúde no estado para o desencadeamento de um processo desta natureza, algumas dificuldades se fizeram sentir principalmente na área de formação de recursos humanos, em função da escassez de pessoal, quantitativa e qualitativamente necessário ao desempenho de um treinamento em larga escala, exigido pelo programa.

Um outro problema vivenciado diz respeito á dificuldade de atendimento a uma outra exigência do programa, qual seja, a de construções de baixo custo.

As soluções destes entraves exigiram do órgão de saúde no estado medidas especiais, como sejam:

- Contratação de pessoal e início da implantação do processo de regionalização, no sentido de descentralizar o treinamento e, mais ainda, de solucionar o problema de supervisão, possibilitando realmente a operacionalidade do trabalho.
- Convênios com as prefeituras para assumirem a execução das obras, facultando, assim, não somente o barateamento do custo das construções, mas ainda, e o que a muito importante, o envolvimento da área municipal no programa, assegurando a sua viabilidade.

3 — RESULTADOS OBTIDOS

Conforme se pode verificar pelos dados apresentados nos quadros seguintes, os resultados do programa são bastante satisfatórios.

QUADRO 1 — SITUAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM ALAGOAS (CAPACIDADE INSTALADA)

N.º DE REGIONAIS	MUNICÍPIOS			UNIDADES FUNCIONAIS	
	TOTAL EXISTENTE	ÁREA PIASS	TRABALHADOS	CENTROS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE
5	94	74	74	82	197

QUADRO 2 — SITUAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE (ÁREA DE COBERTURA)

ÁREA GEOGRÁFICA				ÁREA POPULACIONAL				
TOTAL DE MUNICÍPIOS	ÁREA DO PIASS	MUNICÍPIOS TRABALHADOS		TOTAL DE HABITANTES	ÁREA DO PIASS	COBERTURA		
		N.º ABSOLUTO	%			PREVISTA	ATINGIDA	%
94 *	74	74	100	1 941 380	1 333 442	800 065	886 000	110

* *20* municípios *são da jurisdição da* FSESP.

QUADRO 3 — RECURSOS HUMANOS TREINADOS

NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL SUPERIOR	TOTAL
506	63	569

QUADRO 4 — RECURSOS ALOCADOS PARA IMPLANTAÇÃO (EM Cr$ 1,00)

RECURSOS DO PIN		
PIASS	POLONORDESTE	TOTAL
45 348 000	39 655 601	85 003 601

QUADRO 5 — RECURSOS ALOCADOS PARA MANUTENÇÃO E APOIO TÉCNICO (EM Cr$ 1,00)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (APOIO TÉCNICO)	INAMPS (MANUTENÇÃO DA REDE BÁSICA)	TOTAL
3 951 000	28 325 000	32 276 000

QUADRO 6 — UNIDADES BÁSICAS INSTALADAS (QUADRO COMPARATIVO)

ANO	CENTROS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE
1977	25	20
1979	82	197
TOTAL	107	217

Além de haver realmente estendido as ações de saúde a população alagoana, como benefício maior, o programa PIASS, no estado, se constituiu num marco importante, na condução política do processo de atendimento as necessidades básicas do setor de saúde e saneamento, nas áreas mais desassistidas de nossa comunidade. Isto, alias, evidencia o grau de consciência que se obteve, fruto de uma nova mentalização, consolidada por mecanismos e instrumentos que redimensionaram o atendimento que, ate então, vinha se processando.

4 — CONCLUSÃO

É impossível deixar de reconhecer que se deve ao PIASS a nova situação e a redefinição das diretrizes do governo para a área de saúde no estado de Alagoas.

Estamos hoje empenhados em um efetivo programa de ações básicas de saúde, não somente pelo baixo custo operacional que representa, pela amplitude de alcance social de que se reveste, mas, sobretudo, pelo envolvimento da comunidade que assistimos, pois de hábitos e operacionalizada a educação saefetiva a desejável cadeia de informações e através dela a que acreditamos que poderá ser nitária, levando-se a todas as camadas da população o bem maior que se traduz em bem-estar físico, social e mental.

APRESENTAÇÃO

AS CONFERÊNCIAS PRECEDENTES

A Lei n.° 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o então Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu, nos termos do seu art. 90, a Conferencia Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação. O propósito da medida foi o de " facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes a educação e a saúde, realizadas em todo o Pais, e orienta-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais". O mesmo diploma legal (art. 90, parágrafo único) estabeleceu que as conferências seriam convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos. Só em 1941, no entanto, através do Decreto n.° 6.788, de 30 de janeiro daquele ano, foram convocadas, pela primeira vez, as aludidas conferências, prevista a realização da Conferência Nacional de Educação para o primeiro semestre de 1941, após a qual deveria efetuar-se a de Saúde. O Decreto n.° 7.196, de 19-5-41, adiou para a segunda quinzena de setembro daquele ano as duas conferências, vindo a realizar-se a 1.ª Conferencia Nacional de Saúde no período de 10 a 15 de novembro de 1941, de conformidade com as datas estabelecidas no Decreto a° 8.090, de 22-10-41.

Notícia detalhada sobre o evento é encontrada na exposição apresentada ao então Ministro Gustavo Capanema pelo Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, a época o Dr. João de Barros Barreto, publicada pela Imprensa Nacional, em 1942, sob o titulo **As Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde.**

O temário da 1.ª Conferencia Nacional de Saúde envolveu especialmente assuntos relacionados a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. Tendo em vista os propósitos inspiradores da instituição dessas reuniões, a 1.ª Conferencia Nacional de Saúde foi precedida do encaminhamento de extenso questionário aos governos estaduais, focalizando a problemática local relacionada aos temas da conferência e cujas respostas deveriam contribuir para a fundamentação mais realística das resoluções finais do conclave, dentre as quais cabe ressaltar aquelas que recomendam:

a) a instituição de um código sanitário, a vigorar em todo o território nacional;

b) a criação de carreiras para os técnicos dos serviços de saúde, com ênfase na de médico sanitarista, vinculado a regime de trabalho em tempo integral;

c) a regionalização da organização estadual de saúde;

d) a intensificação da política de imunização pelo BCG;

e) a ampliação das atividades de educação sanitária, dando preferência aos aspectos ligados a proteção da criança, a alimentação pública e ao controle da tuberculose;

f) conseguir dos municipios a realiza-

ção de obras de saneamento básico, de preferência a outros melhoramentos urbanos;

g) a obrigatoriedade da instituição, nos estados, de serviço de bioestatística e epidemiologia.

A 2.ª Conferência realizou-se em 1950 (de 21 de novembro a 2 de dezembro), no Rio de Janeiro, sendo titular da pasta da Educação a Saúde o Ministro Pedro Calmon, e Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde o Dr. Heitor Praguer Fróes. O discurso por este proferido, por ocasião da abertura da 2.ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltou a preocupação de levar as autoridades superiores os "pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do Pais", para o "estudo de orientação mais satisfatória e de normal suscetíveis de emprestar maior uniformidade a resolução dos problemas de saúde brasileiros. "

De 9 a 14 de setembro de 1963, no Rio de Janeiro, teve lugar a 3.ª Conferencia Nacional de Saúde, primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, ocorrida em 1953, nos termos da Lei n.° 1.920, de 25-7-53. Era então Ministro da Saúde o Dr. Wilson Fadul. O temário oficial compreendia quatro itens:

1) Situação sanitária da população brasileira: apreciação geral do problema.

2) Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.

3) Municipalização dos serviços de saúde.

4) Fixação de um piano nacional de saúde.

Dentre as resoluções da 3.ª Conferência, cabe destacar as que recomendam:

a) a integração dos programas de saúde pública no programa global de desenvolvimento;

b) a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias;

c) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam nesse setor e expandir a indústria químico-farmacêutica nacional; materno-infantil, o sistema de vigilância epi-

d) conferir ao programa de pesquisa a necessária importância no diagnóstico dos problemas peculiares a nosologia brasileira.

Particularmente, merecem menção, por sua atualidade, as recomendações alusivas ao tema 3, Municipalização dos Serviços de Saúde: "Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país; os serviços de saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta, na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um; os serviços de saúde dos municípios terão, no mínimo as seguintes atividades:

a) medidas elementares de saneamento do meio;

b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;

c) imunização contra as doenças transmissíveis;

d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;

e) programas de proteção á maternidade e infância;

f) educação sanitária;

g) levantamento dos dados de estatística vital."

A 4.ª Conferência foi realizada de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro, sendo Ministro da Saúde o Dr. Leonel Miranda. O tema central da conferência versou sobre Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. O Relator-Geral da Conferência, o saudoso Prof. Manoel Ferreira, reconhecia que "a formação profissional não esta orientada para a solução dos problemas de saúde do País, em virtude da estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada a demanda quantitativa de recursos humanos".

A 5.ª e a 6.ª Conferencias foram realizadas na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado, ambas tendo lugar em Brasília, respectivamente, em 1975 (5 a 8 de agosto) e 1977 (1 a 5 de agosto). Os cinco temas oficiais da 5.ª Conferencia focalizaram o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde as populações rurais. O temário da 6.ª Conferencia abordou

a situação do controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde.

A documentação alusiva a 4.ª, a 5.ª e a 6.ª conferências encontra-se publicada, sob a forma de anais, editados pelo Ministério da Saúde.

A 7.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 7.ª Conferência, convocada pelo Decreto n.° 84.106, de 20 de setembro de 1979, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, João Baptista de Oliveira Figueiredo, as 14 h 30 min do dia 24 de março de 1980, no Palácio Itamaraty, em Brasília, com a presença dos ministros das Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, dos presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, do Governador do Distrito Federal, bem como do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. Estiveram também presentes a cerimônia de abertura o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Representante da Área V desse órgão, no Brasil, representantes dos demais ministros que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social e outras autoridades, tanto do setor saúde, quanto dos setores afins.

A convocação da 7.ª Conferência Nacional de Saúde teve por finalidade promover o debate amplo de temas relacionados á implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento.

Em conseqüência, ficou decidido que a Conferência teria um tema único e central — **EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS** — com os seguintes subtemas:

1 . Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.

2 . Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — o **PLANASA** e o Saneamento Simplificado.

3 . Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.

4 . Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.

5 . Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.

6 . Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.

7 . Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.

8 . Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.

9 . Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.

10 . Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.

11 . Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

Participaram dos trabalhos:

I) Como delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados .

II) Outros funcionários designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

III) Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV) Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas.

V) Secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos territórios, e outras autoridades da área de saúde das unidades da Federação, especialmente designadas.

VI) Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades paraestatais.

VII) Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada.

VIII) Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

IX) Representantes de organismos internacionais de saúde.

X) Representantes do clero.

Ao todo, estiveram presentes cerca de 400 participantes, distribuídos em 16 grupos de debates, de conformidade com o subtema escolhido no ato de inscrição

DISCURSOS PRONUNCIADOS NA CERIMÔNIA E ABERTURA

UM NOVO CAMINHO PARA A SAÚDE

WALDYR MENDES ARCOVERDE
Ministro de Estado da Saúde

O Brasil vive uma intensa fase de construção, afirmou recentemente Vossa Excelência (1), Presidente João Figueiredo. De construção no campo político, em sintonia com os anseios maiores da Nação brasileira: De construção no campo econômico, para criar e distribuir a riqueza de maneira mais eqüitativa. De construção no campo social, na busca de novos padrões de convivência mais solidária e justa, a fim de propiciar condições dignas de vida a cada cidadão.

E esse ideário expresso por Vossa Excelência representa um constante desafio porque encerra dificuldades e exige sacrifícios. Porém é um ideário que reflete a luta pelas condições necessárias a um autêntico desenvolvimento, aquele desenvolvimento que nasce da autodeterminação. De um desenvolvimento que, ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegura também a humanização do homem ao favorecer o gozo de seus direitos de expressão, de criação e de decisão sobre seu próprio destino.

Estes, em suma, os fundamentos para concretização do propósito inabalável de Vossa Excelência, "de manter efetivas e estáveis as formas de participação democrática e construir a paz e a prosperidade".

Dentro dessa visão realista identifica-se o homem como objetivo fundamental, onde a saúde não é simplesmente uma condição desejável em si mesma, mas um requisito indispensável para o desenvolvimento econômico-social. E ao setor saúde, como parte do setor social, cabe o cumprimento de funções transcendentais, que contribuem para elevar o nível de vida e aumentar as oportunidades econômicas para toda a população.

Assim, vem ganhando aceitação nos últimos decênios o conceito intersetorial de saúde, inclusive admitindo-se que os gastos no setor constituem investimento de elevada rentabilidade social.

Esse enfoque, a nosso ver, influenciou marcantemente as modificações introduzidas nas formas de realizar a prestação de serviços de saúde, preconizando-se modelos de atendimento que respondam a uma realidade social, econômica, cultural e ecológica.

E essa nova conceituação deriva, sem dúvida, das observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe. Daí o difícil problema de proporcionar, efetivamente, a quantidade e qualidade da atenção médica que a população merece, necessita, solicita e exige.

Diante desse panorama inquietante, o conceito de atenção primária da saúde é a resposta mais promissora até hoje apresentada. Dela, o mérito maior creditamos a Vossa Excelência, Dr. Halfdan Mahler (2), ao empreender a renovação dos objetivos e da programada Organização Mundial da Saúde, propondo o rompimento das posturas tradicionais, que se limitavam a conceber o setor saúde como espectador das ações que se desenvolviam nos demais campos, sofrendo, então, os reflexos do que de negativo ali ocorresse.

Na sua percepção, em sendo "a saúde, provavelmente, a aspiração social menos controvertida do ponto de vista político, pode ser utilizada como terreno neutro para promover

o diálogo sobre questões de desenvolvimento" e "criar o clima político e os mecanismos necessários para um verdadeiro diálogo entre os dirigentes políticos e os interesses sociais".

E no clamor por uma revolução social na saúde pública, advoga Vossa Excelência que "temos que romper as cadeias que nos fazem depender de uma tecnologia de saúde de utilidade social discutível e excessivamente complexa e custosa, desenvolvendo outro tipo de tecnologia mais adequada, que esteja tecnicamente bem fundamentada, resulte aceitável culturalmente e seja factível do ponto de vista financeiro".

No entanto, a decisão quanto à introdução de métodos que correspondam a esses objetivos e a um preço que a sociedade possa pagar, mesmo que estejam consagrados esses métodos e meios, nem sempre é fácil.

Requer coragem e determinação, em especial quando procuramos soluções mais econômicas para distribuir uniformemente os escassos recursos.

Requer inovação e não imitação, uma vez que inovar não é só criar, é igualmente adaptar para fazer o melhor uso possível dos recursos existentes.

Requer a conscientização do pessoal em torno de uma unidade de doutrina e de ação, incorporando uma atitude mental que não se pode impor por decreto, pois dependerá da formação, da definição de funções, do interesse e da satisfação no trabalho e da comunicação entre os diferentes níveis.

Requer a adoção de uma nova abordagem tecnológica, eminentemente humana e realista, que não seja a mera transposição cultural de conhecimentos e técnicas que pertencem a outras realidades.

Requer participação e não imposição, para que os membros da comunidade cooperem consciente, crítica e continuamente para logro dos objetivos comuns.

Requer a eliminação, por superadas, das barreiras entre ações preventivas e curativas da saúde, entre o individual e o coletivo, visualizando a atenção primária como "o mundo da enfermidade que começa e também da que ainda não começou".

Requer a concessão oportuna e suficiente de recursos financeiros, na certeza de que a inversão em saúde é lucrativa, mas nenhuma inversão pode ser feita se não se conta com dinheiro para inverter.

Requer o comprometimento político, defendido por Mahler (3), "de reorientar o desenvolvimento, de aumentar os recursos destinados à maioria mal atendida, de racionalizar o sistema de saúde para, em vez de despender numa tecnologia de mais alto custo, dedicar maiores recursos à assistência básica para todos".

Requer, finalmente, o desencadeamento de um processo de mudança, nas instituições e em particular nos indivíduos, para que estes assumam o papel de indutores e propulsores de tais mudanças, a fim de que se concretizem no sentido de melhor bem-estar das comunidades, em suma, das aspirações do seu próprio desenvolvimento.

Para tanto, é preciso que nos habituemos a falar uma linguagem comum, a recorrer á realidade dos fatos e na vivência dos problemas encontrar soluções satisfatórias.

No Governo João Figueiredo, as respostas adequadas para esses desafios se consubstanciam nas diretrizes setoriais estabelecidas. Em relação ao Sistema Nacional de Saúde, a tarefa a que nos propomos, em estreito e perfeito entendimento com os demais setores integrantes, é regulamentá-lo com vistas a uma melhor utilização e maior produtividade dos recursos, e a um contínuo aperfeiçoamento e uniformidade dos procedimentos administrativos e técnicos, promovidos dentro de um conjunto institucional em que cada organismo mantém sua autonomia, porém aceita, ao mesmo tempo, submeter-se a certas normas e regras comuns em benefício da comunidade a que deseja servir. Estas são as recomendações dos especialistas, esboçando uma integração funcional, embora não necessariamente administrativa, onde cada um dos ministérios e órgãos estaduais e municipais conserva sua individualidade institucional, mas aceitando o planejamento, a execução e a avaliação coordenada dos programas, com a característica de inter-relação operativa entre todos os estabelecimentos, dos mais simples aos mais complexos, e mutuamente se apoiando e complementando.

Entendemos imprescindível uma articulação crescente com as demais instituições e agentes do setor social e da sociedade como

um todo. Vale destacar o diálogo franco, construtivo e permanente que vem sendo mantido com o Ministério da Previdência e Assistência Social, ratificando posições reiteradamente afirmadas pelo Senhor Ministro Jair Soares.

Acreditamos que a estratégia objeto de discussão nesta Conferência reflete o enfoque social, humano e pragmático que se deseja, e de expressão real das relações intersetoriais de saúde, porque:

- é politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente das classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores;

- é economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com os recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais;

- é tecnicamente exeqüível, ao utilizar uma tecnologia moderna sem aderir ao convencionalismo de restringir aos profissionais a responsabilidade de ministrar as formas mais simples de atendimento de saúde;

- é socialmente desejável ao estender os benefícios á maioria, respeitando a cultura e a tradição.

Os marcos referenciais da programação consagram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, de caráter interministerial, como programa axial e nuclear das ações de saúde do governo e sua implementação formalizará o início da implantação do Sistema Nacional de Saúde.

Estamos, sem sombra de devida, vivenciando uma etapa histórica da saúde pública brasileira. Aqui, nesta Conferência, entregamos para apreciação e debate a programação delineada, sem a pretensão de ter esgotado o conhecimento disponível a respeito. Outrossim, porque há sempre uma margem relativamente significativa de expectativas não satisfeitas. É nossa intenção explorá-las e aproveitar o aporte que resultará de análise e discussão da documentação oferecida.

Nem desejamos repetir os problemas que afligem a população brasileira, no mosaico de situações sócio-econômicas que configura o quadro nosológico. São do vosso conhecimento, do mesmo modo que as desigualdades regionais e as desigualdades de renda dentro da população.

O que importa é descobrir um novo caminho para o nosso labor no campo de saúde, inserido no balizamento do nosso processo de desenvolvimento, empregando soluções práticas e que não retratem, como aconselha Héctor Acuña (4), "situações velhas com adornos ou roupagens novas, dependência absoluta dentro de melhores níveis de vida".

Senhores participantes: é tempo de construir .Sabemos que a tarefa não será fácil. Por isso confiamos ao vosso descortino e à vossa experiência os lineamentos dessa nova sistemática de trabalho de responsabilidade conjunta, com uniformidade de orientação e convergência de esforços. Daí a razão desta Conferência, que sem a vossa presença não se justificaria.

Sinceramente agradecidos pela acolhida à convocação do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, esperamos uma efetiva, franca, serena e objetiva contribuição de todos para a edificação, como somatório às grandes construções do Governo João Figueiredo, de uma nova política de saúde capaz de sensibilizar os governantes à exortação do famoso Disraeli, de que "a saúde de um povo constitui, realmente, a base de sua felicidade e de seu poder como Estado".

REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO, João Baptista de Oliveira. Discurso pronunciado no banquete oferecido ao Presidente da Venezuela, Dr. Luis Herrera Campins. Caracas, 7 de novembro de 1979.

2. NECESIDAD de una revolución social en la salud de la comunidad. *Crónica de la OMS* 31 (7) 283-289, jul. 1977.

3. MAHLER. H. La salud y el desarrolo socioeconômico. *Crónica de la OMS* 33 (9) 359-361, sept. 1979.

4. ACUÑA, Héctor R. Nota editorial. *Educación Médica y Salud* 10 (2): 103-108, 1976.

DISCURSO DE HAFDAN T. MAHLER, DIRETOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *

Há pouco mais de dois anos tive a honra de dialogar com meus colegas do Ministério da Saúde do Brasil. Foi precisamente aqui em Brasília e, naquela ocasião, nosso tema foi a Atenção Primária de Saúde.

Disse, então, que era ofensivo e inaceitável que enquanto em uma parte do mundo ou de um país havia gente que morria jovem, em outras partes outras gentes podiam ver seus netos crescer e desenvolver-se. Disse que era ofensivo e inaceitável que em uma parte de uma cidade fossem comuns doenças por deficiência nutricional enquanto em outras houvesse gente preocupada por comer demasiado. Disse que era ofensivo e inaceitável que, apesar dos grandes avanços logrados pela ciência e pela tecnologia, havia ainda no mundo mais de 500 milhões de seres humanos com renda equivalente a menos de 50 dólares por ano.

Não obstante, naquela mesma oportunidade mencionei que a adaptação do homem a tão ampla variedade de ambientes físicos era uma prova da sua capacidade de mudança e que, como as presentes injustiças, internacionais ou a nível dos países, não se deviam a constantes biológicos ou ambientais, não eram, de maneira nenhuma, imutáveis. A mudança, em todos os âmbitos e afazeres do homem é, portanto, uma condição **sine qua non** da sobrevivência dos ser humano no mundo de hoje.

Desde aquele diálogo até esta solene cerimônia de abertura da 7.ª Conferência Nacional de Saúde – hoje realçada pela presença do Execelentíssimo Senhor Presidente da República – têm ocorrido alguns fatos importantes orientados no sentido de corrigir as injustiças diferenças existentes e iniciar o processo de mudança que consiste em alcançar, para todos os povos do mundo, um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Basta mencionar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em setembro de 1978, e a aprovação por parte da 32.ª Assembéia Mundial da Saúde dos princípios de orientação para a formulação de estratégias de saúde para todos no ano 2000.

Tanto o tema central desta Conferência Nacional de Saúde como os pontos que serão discutidos nos grupos de trabalho correspondem plenamente aos objetivos e meios que os países do mundo acordaram por concenso em Alma-Ata e em **sua** Organização Mundial da Saúde. Esta Conferência, que se convoca regularmente a cada dois anos e que reúne profissionais, trabalhadores da saúde, autoridades e representantes de outros setores, constitui uma ágora ideal para o estudo e debate dos métodos e dos meios através dos quais este grande país cumprirá com sua obrigação de cuidar e melhorar a sáude do povo brasileiro, ao mesmo tempo em que contribuirá solidariamente para o esforço mundial a que todos os países se propuseram.

No processo de formular suas estratégias de saúde, os países devem ter em conta cer-

* Original em espanhol.

tos princípios básicos, sobre os quais existe também um consenso mundial.

Desenvolver a atenção primária de saúde como elemento-chave para reorientar os sistemas de saúde e para alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2000 é um grande esforço cuja responsabilidade é e deve ser sempre nacional. Se bem que a Declaração de Alma-Ata e as resoluções a respeito, aprovadas pelos países em **sua** Organização Mundial da Saúde, representam uma manifestação histórica e coletiva de vontade política, corresponde a cada país, individualmente, traduzir em decisão e ação nacionais tal vontade coletiva. As decisões políticas dos governos – isto é, dos governos como um todo e não só do setor saúde ou dos ministérios da saúde – devem traduzir-se em processos que comprometam, desde suas etapas iniciais, todos os setores econômicos e sociais mais relacionados com a problemática de saúde assim como todos os níveis da estrutura político-administrativa nacional. O Brasil é um país de extensão quase continental onde, apesar de um extraordinário desenvolvimento no campo dos transportes e meios de comunicação, ainda existem grandes distâncias por vencer. Conta com uma população que hoje ultrapassa os 120 milhões de habitantes. Tem um sistema federativo onde os governos dos estados desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento e aplicação de qualquer tipo de ação econômica ou social.

O Brasil é um país onde a diversidade institucional dificulta, talvez, o funcionamento dos necessários mecanismos de coordenação tanto intersetorial como intra-setorial. Todos estes fatos fazem deste grande país um extraordinário e riquíssimo campo de ação, do qual, sem dúvida, podem e deverão surgir valiosas experiências para benefício de muitos outros países no mundo. Na medida em que o Brasil possa alcançar seus objetivos nacionais de desenvolvimento, aplicando suas políticas e estratégias de saúde e os programas concretos que as traduzam na prática, e na medida em que isso ocorre dentro dos fatores de realidade antes mencionados.

O Brasil pode fazer de sua experiência uma demonstração confiável e palpável de que a meta social de saúde para todos não é somente um lema, mas também uma meta factível quando está presente uma firme decisão política do governo.

A atenção primária de saúde não poderá desenvolver-se, dentro do seu correto marco conceitual e operativo definido em Alma-Ata, sem a participação real e efetiva de outros setores. Do mesmo modo, a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada com a ação isolada e independente do setor saúde. Sempre se requerirá, além da vontade política do governo como um todo, o esforço permanentemente coordenado dos setores econômicos e sociais. Esta imprescindível coordenação intersetorial deverá começar a nível das políticas nacionais de desenvolvimento e da harmonização e mútuo apoio entre as políticas setoriais.

No Brasil, a existência de um Conselho de Desenvolvimento Social, presidido pelo próprio Presidente da República, assegura de muitas formas a participação dos setores mais importantes vinculados à saúde e ao desenvolvimento social em geral, no mais alto nível político. Um Conselho Nacional de Saúde, aberto à representação de outros setores, pode completar o mecanismo de coordenação inter-setorial, pelo menos a nível federal. Não escapará aos presentes nesta Conferência Nacional de Saúde a necessidade de fortalecer e dinamizar os correspondentes mecanismos a nível dos estados e dos municípios ou de criar aqueles mecanismos que façam falta.

A atenção primária de saúde pode desvirtuar-se desde seus passos iniciais ou pode degenerar no caminho de seu desenvolvimento e progressiva expansão. Este é um perigo presente e de cuja existência há que se ter plena consciência. Em meu discurso perante a 32.ª Assembléia Mundial da Saúde fiz referência a esta situação. Apesar de serem muito claros os marcos conceituais e operativos que os países têm adotado para a atenção primária de saúde, sua tradução em estratégias e em ações concretas pode não ser consistente e conseqüente. Disse nessa oportunidade que a atenção primária de saúde não deve ser – nunca – mal interpretada e confundida com uma atenção primitiva, de segunda ou de terceira classe, para os pobres das zonas urbanas e as populações rurais. Pelo contrário, deve ser sempre considerada como o ponto de primeiro contato entre o sistema de saúde e

a comunidade local e como a porta de entrada universal – isto é, para todos os grupos da população – para outros níveis do sistema de saúde. Em conseqüência, não pode nem deve ser um programa paralelo e independente do sistema de saúde, mas uma parte perfeitamente integrada do mesmo, ao qual remete todos os que não é capaz de atender e do qual recebe permanente apoio.

A Declaração de Alma-Ata específica os elementos essenciais mínimos da atenção primária de saúde e alguns deles – o saneamento básico e a habitação, incluindo o abastecimento adequado de água potável; a alimentação e nutrição apropriadas; a assistência materno-infantil; a luta contra as doenças transmissíveis, incluindo imunizações e outros meios de prevenção; o tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais – serão discutidos pelos grupos de trabalho desta Conferência. Ao mesmo tempo, vejo que outros grupos de trabalho se concentrarão no estudo do apoio técnico, administrativo e logístico que a atenção primária de saúde deve receber dos demais níveis do sistema de saúde.

Mencionei antes que é indispensável uma vontade política nacional. Esta implica em dois elementos que se complementam e reforçam mutuamente: por um lado, a vontade e decisão políticas do governo, como um todo e em todos os níveis, e, por outro, a vontade e decisão da comunidade de participar como principais atores e não só como objetos receptores da atenção primária de saúde. É evidente que a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada jamais se não se contar com uma ativa, livre e consciente participação popular. Em todos os níveis. Utilizando todos os mecanismos e processos formais e informais. E dando aos indivíduos, às famílias e as comunidades locais crescentes responsabilidades no cuidado de sua saúde, por eles mesmos e através de todos os níveis do sistema de saúde.

A Declaração de Alma-Ata considera, como um dos componentes essenciais mínimos da atenção primária de saúde, a educação do povo sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes. Este componente representa muitíssimo mais que o tradicional conteúdo da educação convencional para a saúde. Um dos pontos que esta Conferência irá discutir nos grupos de trabalho é precisamente o da mobilização da comunidade, para a tomada de consciência de suas próprias responsabilidades, assim como para sua participação solidária na seleção dos recursos que seja preciso mobilizar e na identificação das prioridades.

Há outro ponto que merece especial consideração. Ainda mais quando hoje estão conosco as máximas autoridades governamentais do Brasil. O correto desenvolvimento e a gradual expansão da atenção primária de saúde e o alcance da meta social de saúde para todos exigirão um extraordinário esforço financeiro. Não somente será necessário traduzir a vontade e decisão políticas do governo em algo tão concreto e difícil como a progressiva realocação de recursos financeiros e a reorientação dos gastos em saúde do centro para a periferia social. É imprescindível também um incremento da atual alocação para o setor saúde. Isso é necessário principalmente nas etapas iniciais e para os pontos críticos que garantam que a atenção primária de saúde não se desvirtue nem degenere. Uma análise séria e objetiva dos gastos em saúde, à luz das políticas de saúde e dos marcos conceituais e operativos da atenção primária, é um passo inicial ineludível no processo de formulação de estratégias que possibilitem alcançar os objetivos e metas a que os países se propuseram alcançar nos dois próximos decênios.

Em conclusão, permitam-me que repita as mesmas perguntas que formulei aos participantes da Conferência de Alma-Ata:

1. Os senhores estão dispostos a defrontar seriamente o abismo que separa os "privilegiados" dos "despossuídos" em matéria de saúde e a adotar medidas concretas para reduzi-lo?
2. Os senhores estão dispostos a velar pelo planejamento e a aplicação adequada da atenção primária de saúde em um esforço coordenado com outros setores interessados, a fim de fomentar a saúde como contribuição indispensável para melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo, família e coletividade

como parte do desenvolvimento sócio-econômico geral?

3. Os senhores estão dispostos a dar prioridade absoluta à alocação preferencial dos recursos de saúde aos setores sociais periféricos?

4. Os senhores estão dispostos a mobilizar e informar indivíduos, famílias e coletividades até lograr que se identifiquem plenamente com a atenção primária de saúde, participem de seu planejamento e gestão e contribuam para seu funcionamento?

5. Os senhores estão dispostos a introduzir as reformas necessárias para assegurar a disponibilidade do pessoal e da tecnologia suficientes para estender a todo o país nos dois próximos decênios e a um custo acessível a atenção primária de saúde?

6. Os senhores estão dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade?

7. Os senhores estão dispostos a encetar as batalhas políticas e técnicas necessárias para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos assim como a resistência dos profissionais a introdução universal da atenção primária de saúde?

8. Os senhores estão dispostos a comprometer-se politicamente de maneira inequívoca a adotar a atenção primária de saúde e a mobilizar a solidariedade internacional para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000?

Se podem responder afirmativamente a todas estas perguntas é evidente que o futuro da atenção primária de saúde no Brasil oferece brilhantes perspectivas. Sendo assim, a supressão do **SE** dependerá, em grande medida, de que o Brasil esteja ou não disposto a desprender-se da síndrome de adoção tecnológica que tantos profissionais do desenvolvimento estão empenhados em propagar. **Tendo em conta** que a conquista da saúde não é somente uma aspiração humana individual, mas também, e sobretudo, uma conquista social, a chave da política sanitária **tem** que ser, portanto, um **alto** grau de pertinência social. Entretanto, com demasiada freqüência, essa política é ditada por uma tecnologia sem ensaiar, excessivamente complicada e sumamente custosa, sem que ninguém se preocupe em refletir o bastante sobre sua finalidade e suas conseqüências sociais. O Brasil **tem,** portanto, que desenvolver urgentemente **sua** capacidade de pesquisa para enfrentar **audaciosamente** as difíceis questões que são: 1) como garantir a alocação adequada de recursos para os problemas de pertinência social; 2) como abordar a prova da eficácia e a especificidade das intervenções individuais, familiares e comunitárias; e 3) como conceber o sistema mais eficaz de prestação de serviços de saúde partindo da base de que **o que realmente importa são as pessoas.** Nesta empresa, o Brasil se verá progressivamente obrigado não só a **adaptar** os conhecimentos existentes como também a gerar **novos** conhecimentos em função de **seus** problemas de saúde e de **sua** capacidade sócio-econômica.

Quero assegurar-lhes que a OMS pertence ao Brasil e que sua Organização estará sempre do lado daqueles brasileiros que se atrevam a buscar as verdades na "Saúde para Todos no Ano 2000". Espero que o governo do Brasil e toda a comunidade sanitária e científica do Brasil aceitem esta associação.

Permitam-me terminar agora com uma passagem, livremente traduzida, de uma das obras em prosa de Odysseus Elytis:

> "Quando os povos se unem para colaborar, podem surgir forças tão potentes e inesperadas que o que se havia considerado como imutável pode na realidade modificar-se ou fundir-se. A **força do desenvolvimento social** é tão grande que alguém tem que crer com otimismo que a **força do bem** haverá igualmente de triunfar em nosso mundo cheio de problemas."

Obrigado.

DISCURSO DO SENHOR JOÃO FIGUEIREDO, PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Agradeço aos eminentes doutores Halfdan Mahler e Héctor Acuña, ilustres diretores-gerais da OMS e da OPAS, a sua presença aqui, num evento nitidamente nacional. As palavras amigas e cheias de sensatez, pronunciadas pelo Dr. Mahler, reforçam o ânimo dos brasileiros e confirmam nossa determinação de perseguir o objetivo de "saúde para todos no ano 2000".

Meu governo considera o direito à saúde corolário natural do direito a própria vida. O dever do Estado de prover as populações com meios adequados à promoção da saúde e a prevenção da doença – antes que à reabilitação do doente – corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito.

A convocação desta Conferência tem, por isso, como finalidade principal, debater e coordenar as atividades dos vários setores e níveis de governo no que respeita as ações básicas de saúde.

Estou certo, porém, de que só obteremos resultados duradouros em nosso esforço na medida em que as comunidades interessadas participarem conscientemente na formulação, execução e avaliação dos programas de saúde. Por isso, todo o governo deve empenhar-se, mais ainda, em melhorar o espírito solidário e cooperativo entre os membros das aglomerações sociais.

O grande desafio, no plano do governo, é a integração e a coordenação. A articulação entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social é particularmente significativa, pelos resultados já alcançados. É também a mais complexa, em face da multiplicidade de serviços afins ou complementares; da ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce; da identificação de soluções nacionais para os problemas de caráter tipicamente nacional; do estímulo à crescente nacionalização de equipamentos e insumos.

Nesse sentido, registro com satisfação o perfeito entendimento entre os ministros Waldyr Arcoverde, da Saúde, e Jair Soares, da Previdência e Assistência Social. Da ação continuada e harmônica entre os dois, o Brasil muito espera.

Na área da Educação, o alvo é a adequação da oferta de ensino às demandas efetivas de recursos humanos para a Saúde.

No setor do Trabalho, progressos notáveis têm-se registrado – e podem ser ainda melhorados – nos aspectos relativos à saúde ocupacional e à prevenção de acidentes.

Particularmente importante – decisiva mesmo – para a alteração substancial do nível de saúde é a expansão dos serviços de abastecimento d'água e de saneamento básico. Nesse particular, a iniciativa e a cooperação do Ministério do Interior vão estendendo tais serviços as comunidades mais necessitadas. Condições habitacionais mais dignas e humanas são instrumento indispensável de promoção da saúde, pela eliminação de focos de transmissão de doenças.

Esses e outros programas, como os de nutrição e alimentação, envolvem a ação cooperativa de todos os níveis de governo. A eles

não é estranha minha preocupação de aumentar a produção de alimentos e sua distribuição a preços acessíveis.

O tempo, meus senhores e minhas senhoras, é de ação. Mas ação coordenada, para eficiência do trabalho despendido.

É disso que se trata, quando nos propomos a apoiar, com os mais altos recursos jamais destinados ao setor, o programa nacional de ações básicas de saúde.

A imensa responsabilidade do setor de saúde pode ser medida pelos números que a informam. Sua missão específica é melhorar a qualidade e prolongar a duração da vida de 120 milhões de brasileiros. Pelo final do século, nossa população haverá de ter ultrapassado a casa dos 200 milhões, quase todos residindo em áreas urbanas.

Essa tarefa histórica, para honra nossa, nós haveremos de cumprir. Muito obrigado.

- consciência médica voltada para o trabalho em grupo e dirigida para a assistência elementar e primária.

A contribuição do INAMPS no campo dos recursos humanos carrega consigo o comprometimento assinalado pelas circunstâncias apontadas. Dita contribuição se materializa na oportunidade que proporciona aos estudantes de Medicina de viver e constatar, a partir do quarto ano curricular, a realidade assistencial previdenciária, através de estágios em unidades de emergência e em postos de assistência médica, ocasião em que lhes é dado participar da resolução de problemas de saúde de assistência ambulatorial. Há também 711 estagiários de cursos de auxiliares de enfermagem, técnicos de empresas, técnicos de laboratórios e técnicos de raios X. Esta primeira etapa se prolonga, após o término do curso médico, através de residência médica em hospitais próprios do INAMPS, com a duração de dois anos, cujo ingresso se verifica mediante concurso público.

Até 1979, a residência médica era realizada em todas as áreas especializadas, passando, no corrente ano, a admitir médicos apenas em cinco áreas básicas, como uma etapa intermediária a definição de um currículo para a formação de médico generalista, na qual se acham incluídos 1629 médicos. Além da residência médica, há 168 técnicos de enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e serviço social realizando residência em suas respectivas áreas.

Por outro lado, como experiência pioneira nesta área de formação, o INAMPS criou, no ano passado, em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, os programas de residência em medicina social. Estes programas se ampliarão e, em 1980, serão levado para 10, oferecendo 120 vagas a médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, nutricionistas e farmacêuticos-bioquímicos, dele participando instituições localizadas em São Luís, Fortaleza, Paraíba, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Neste sentido foram realizados concursos em que foram aprovados 106 candidatos.

Cabe, ainda, citar que, por sua representação na Comissão de Residência Médica, o INAMPS participa na formulação de diretrizes que regem a formação em nível de pós-graduação de profissionais médicos.

Além da área médica, o INAMPS vem ampliando sua atuação na formação de pessoal paramédico, através de sua Escola de Auxiliares de Enfermagem, com 160 alunos, devendo no corrente ano implantar mais quatro escolas em diversos estados brasileiros. Procura o INAMPS, com esta atuação, diminuir o déficit que se registra em todo o País neste setor, embora não seja esta função de sua competência específica.

Por fim, deve ser dito que, através dos centros de estudos existentes em seus serviços, o INAMPS vem proporcionando a seu pessoal técnico e administrativo a possibilidade de continuamente reciclar seus conhecimentos: promovendo realizações de natureza científica e cultural, bem como proporcionando a seus técnicos a oportunidade para a realização de estágios, cursos ou residências no exterior.

Ao encerrar esta exposição, que necessitou ser condensada em função do tempo disponível, deve ser lembrado que, pelas próprias características de sua atuação, voltada, até o momento, mais para as ações curativas do que as preventivas, bem como voltada para a solução de problemas de saúde de natureza primária, secundária e terciária, pode parecer que o INAMPS preocupa-se mais com estas atividades do que com as ações básicas, o que o teria levado a descurar-se dos recursos humanos para os serviços básicos de saúde. De certa forma tal aconteceu, determinado pela própria natureza do campo de sua competência. Mas não se pode deixar de considerar que, por mais extensa e abrangente que sejam as ações básicas de saúde, sempre ocorrerão alterações graves de saúde individual que fogem, nas condições atuais de conhecimento, a qualquer prevenção e que a pessoa humana atingida pela doença tem direito a ser assistida, e que esta circunstância constitui um direito fundamental. Em sentido mais amplo, não se pode, porém, afirmar que as ações básicas de saúde sejam estranhas ao INAMPS, pois que, diretamente, através de alguns programas próprios, bem como, indiretamente, através de repasse de recursos a outros órgãos governamentais da área de saúde e de ensino contribui, com muita ênfase, para as ações básicas de saúde.

RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM E SERVICOS BÁSICOS DE SAÚDE

LYGIA PAIM

Professora de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro

1 – INTRODUÇÂO

É no entendimento de que a oferta de serviços básicos de saúde representa uma das oportunidades de viabilização do compromisso social que todos os profissionais de saúde precisam assumir junto à população brasileira que os recursos humanos de enfermagem, quer os preparados pelo sistema formal de ensino, quer o grande contingente de não profissionais que, circunstancialmente, exercem, de fato, a enfermagem em nosso País, sentem-se na obrigação de contribuir efetivamente. É compreendendo que a proposta de serviços básicos de saúde significa uma convocação geral a todos os trabalhadores de saúde, que também a Enfermagem sente-se convocada. Ademais, a implantação de serviços básicos de saúde faz vislumbrar ao pessoal de enfermagem uma excelente oportunidade de uma bem mais plena utilização de seus recursos humanos a serviço das comunidades, especialmente no aproveitamento de pessoal de nível médio, e o de nível elementar preparado em serviço. Essa expectativa está fundamentada em sólidos princípios de democratização da saúde, e deve vir a eliminar toda a pressão, até então existente, pela crença de suposto saber de uns e a conveniência de admitir a incapacidade de outros. Com isso pode ocorrer o fim de algumas atitudes monopolizadoras entre os trabalhadores da área de saúde, no que tange à cerrada delimitação de atividades num mesmo campo de ação. Esses e outros aspectos da questão saúde fazem com que seja gerada uma desaceleração do processo de extensão de cobertura à população, conquanto as atividades essenciais fiquem obstaculizadas na aquisição de maior nível operacional, em razão de excessiva luta por prerrogativas de cada profissional.

É chegada a hora de entender que as atividades essenciais que compõem a oferta de serviços básicos de saúde não deverão ser motivo de uma divisão de trabalho desigual e retalhada entre os profissionais das equipes.

2 – QUANTITATIVOS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM

Até o momento, todos os esforços feitos no Brasil para atingir as metas quantitativas de pessoal de enfermagem, estabelecidas no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, certamente chegam a 1980 exigindo novas estimativas. Isto porque a determinação de 4,5 enfermeiros e 14,5 pessoal auxiliar de enfermagem para 10 000 habitantes teria que ser reestudada, de vez que àquela época do estabelecimento de tal meta não se teve em conta a estratégia de desenvolvimento da assistência primária de saúde, e no caso do Brasil não se teve em conta a categoria de atendentes de enfermagem, que formam quase 70% do total das categorias existentes.

Esta colocação corresponde a dizer que novas considerações sobre quantitativos de recursos humanos de enfermagem deverão ter em conta:

- todas as categorias que exercem a enfermagem, incluídos os atendentes de enfermagem;
- a estratégia de serviços básicos de saúde e sua relação com todos os demais níveis hierarquizados do atendimento;

- a reorganização da estrutura hierarquizada dos serviços de saúde.

Quaisquer metas quantitativas serão bem mais realísticas se tiverem em conta a resposta à indagação de qualidade: o que irá fazer o pessoal de enfermagem, pressupondo que este pessoal participará de todos os níveis hierarquizados de prestação de serviços de saúde?

À medida em que se tentam respostas para a presente indagação, pode-se antever que enfermeiros poderão atuar em nível primário, prestando atendimento de enfermagem direto à população através de atividades como: atendimento a gestantes e puérperas, atendimento a recém-nascidos, atendimentos a crianças, atendimento de adultos em situações menos complexas, atendimento em situações de emergência, atendimento em situações de doenças infecto-parasitárias, atendimento de grupos de diabéticos, grupos hipertensos, e tantas outras atividades essenciais a serem desenvolvidas no nível primário, garantida a referência aos demais níveis conforme a necessidade de cada situação.

Além dessas atividades é possível antever a co-participação de enfermeiros nas equipes multiprofissionais em atividades continuadas de treinamento e apoio técnico às equipes de execução de todos os níveis.

Por sua vez o pessoal auxiliar de enfermagem atuando em todos os níveis deixa antever a sua máxima participação no apoio técnico e no treinamento que poderão vir a desempenhar, junto aos agentes locais de saúde, em nível elementar.

Referências desse teor são as que necessariamente deverão ser consideradas ao estabelecer metas quantitativas quanto a recursos humanos para serviços básicos de saúde.

E tudo isso tem implicações com as diretrizes da formação e as da utilização de pessoal de enfermagem.

Basicamente o sistema formal não dispensará o nivelamento do conhecimento sobre serviços básicos de saúde para todos os cursos de formação de pessoal – o domínio do conhecimento relativo à execução de atividades essenciais à saúde da população não pode nem deve ser de alguns apenas, mas um domínio obrigatório de todos os que lidam com a saúde da população.

Por outro lado, a legislação do exercício profissional de enfermagem no País, terá que ser revisada se realmente houver a intenção de obter a ampla e efetiva participação desse pessoal nos programas que conduzem à extensão de cobertura de saúde da população. No momento a referida lei não leva em conta a existência de técnicos de enfermagem, que vêm sendo formados no sistema regular desde 1968, fora os muitos já com esta denominação por aprovação em exames de suplência profissionalizante. Além disso, a referida lei desconhece os atendentes de enfermagem, e estes vêm exercendo, de fato, atividades nesse campo de atuação.

3 – QUALITATIVOS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM – PARA QUE?

Convém ter em conta que serviços básicos de saúde não significam serviços de baixa qualidade e que é fundamental a manutenção de um nível mínimo aceitável de segurança ou o aceitável quanto à exposição a riscos para a população assistida. Isso significa que é re-querida a presença de pessoal auxiliar habilitado junto ao nível elementar, para garantir a esse nível o mínimo aceitável de segurança através da assistência direta em situações que fogem à competência do nível elementar, e para assumir responsabilidade por atividades de apoio técnico àquele nível, representado esse apoio pela supervisão e treinamento. Certa-mente a formação das equipes dependerá dos recursos disponíveis e das necessidades locais. Entretanto, assim como pode ser apontado um rol de atividades caracterizadas como essenciais para o nível mínimo aceitável de saúde da população, de modo semelhante parece ser de todo conveniente que se especifique o mínimo requerido de pessoal auxiliar habilitado a dar suporte e treinamento direto em serviço ao pessoal de nível elementar. Essa colocação contraria a idéia daqueles que, extremadamente, entendem que os agentes locais de saúde terão como bastante a cobertura técnica de profissionais habilitados com atuação no nível primário em exercício nos centros de saúde e ou unidades mistas e ambulatórios. Certa-mente estariam estes mantendo contato com os agentes locais, não fosse por outra razão,

seria pelas próprias referências que esses agentes fariam, mas resta esperar que uma implantação de serviço básico dessa natureza, um apoio técnico mais disponível, um treinamento mais continuado e uma coordenação das atividades técnicas mais presente devam ser levados a efeito com o apoio do pessoal auxiliar. Do contrário, estaríamos entendendo que só teríamos a dar, nada a receber. A presença maior possível de pessoal auxiliar habilitado exercendo a responsabilidade de desenvolver atividades de apoio técnico e treinamento junto aos agentes locais em atendimento à comunidade pode representar, também, que o sistema formal de prestação de serviço não se basta e que alcançará melhores níveis de completude à medida em que estiver perto, recebendo e valorizando as possíveis aquisições culturais de saúde já feitas pela comunidade a que se junta.

É nessa hora que encontramos uma questão aberta para recursos humanos de enfermagem, como também para outros profissionais de saúde. Recursos humanos de enfermagem para que?

O que nos ocorre como possível resposta é que, como muitos outros, o pessoal auxiliar de enfermagem contribuirá diretamente para a manutenção desse mínimo aceitável de segurança ou máximo possível de isenção de riscos ao nível elementar de prestação de serviços básicos de saúde, através de treinamento e supervisão continuada a esse nível. Nesse aspecto, cabe ressaltar que é reconhecida a experiência que enfermeiros de diversas partes do mundo têm demonstrado em desenvolver programas dessa natureza junto ao pessoal auxiliar, em serviço de saúde. Entretanto, a ocupação desse espaço de treinamento e supervisão não nos parece privativa de uma entre todas as categorias de profissionais de saúde.

Ao contrário, não é difícil entender como é de todo desejável que, dada a natureza do treinamento polivalente que se presume deva ter o agente local de saúde, que esse treinamento fique sob a sustentação de equipes multiprofissionais compostas naturalmente de acordo com os recursos e as necessidades que vão se revelando ao longo do processo continuado de prestação desses serviços.

Para tanto, no que se refere a recursos humanos de enfermagem para serviços básicos de saúde terão que ser revisadas muitas posições, a fim de que esse grupo preste uma contribuição mais efetiva aos propósitos da proposta de novas diretrizes de saúde.

Em resumo, tão profunda reformulação não poderá deixar de trazer, em si mesma, propostas de reformulação de outras diretrizes, quais sejam, as de formação de pessoal de enfermagem nas categorias reconhecidas pelo sistema formal, e as de reformulação da lei do exercício da enfermagem (que foi aprovada em 1955 e, entre outras dificuldades, não inclui o técnico de enfermagem), e, sobretudo, aquelas que darão sustentação para manter um elevado nível de prestação de serviço de enfermagem através de um rigoroso programa de educação continuada, qualquer que seja a forma proposta.

Esses são alguns dos muitos aspectos de uma questão tão importante. Como o sistema de saúde não sobrevive isoladamente, suas modificações terão que alterar outros sistemas, principalmente o sistema educacional, particularmente o sistema formal de preparo de recursos humanos de enfermagem, em seus objetivos de conteúdos teórico-práticos. Também a oferta de empregos, hoje concentrada em hospitais, teria que ser revisada para atender às propostas dos serviços básicos de saúde. Mas, sobretudo, as modificações teriam que partir de nós mesmos, profissionais de nível superior da área de saúde, que temos nos confundido no tempo e circunstâncias e nos interessado, muitas vezes, por uma posição nossa enquanto profissionais na estrutura social, mas nem sempre muito preocupados com o compromisso social de ter uma visão de saúde coletiva como é a proposta maior de serviços básicos de saúde.

Saúde para todos, no mais breve tempo possível, em nosso País. Aceitar essa posição, todos sabemos, não significa preparar recursos humanos capazes apenas de prestar atendimento técnico de saúde, mas vitalizar um preparo de recursos humanos capazes de participar da questão social maior relativa a problemas de saúde coletiva.

Este parece ser o chamamento, a convocação geral a que o pessoal de enfermagem, ao lado de outros trabalhadores do setor saúde, só poderá dizer **SIM**.

O MÉDICO E OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

JOÃO CARLOS SERRA
GUIDO PALMEIRA
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro

1 — INTRODUÇÃO E MÉTODO

A sociedade brasileira esta passando por um período de profundas transformações das relações econômicas e sociais. Tal situação influencia de forma marcante a situação de saúde; cria novas necessidades e novos valores; modifica o papel social do medico; faz desaparecer as antigas formas de trabalho médico, criando condições para que novas formas se desenvolvam.

O ensino médico também sofre inúmeras modificações; entretanto, as escolas médicas não estão formando profissionais que possam atender as necessidades de saúde da população. Ha necessidade de médicos gerais e formam-se especialistas; a necessário ampliar as ações preventivas e os novos profissionais est.¯do voltados para a terapêutica; a necessário dedicar maior atenção aos problemas coletivos de saúde e o medico esta orientado para os problemas individuais.

Nas ultimas acácias tem havido uma crescente preocupação no sentido de modificar os padrões tradicionais do ensino medico "com a esperança de capacitar profissionais capazes de superar os defeitos do sistema no qual trabalham e proporcionar mais e melhores serviços a população" (1). De modo geral os resultados obtidos tem sido limitados, e as teorias em que se baseiam tem sido criticadas e ampliadas.

Andrade (2) introduziu a noção de "março conceitual" e estabeleceu sua relação com o modo de se exercer a medicina e com o processo de formação do medico. Segundo o autor, "as pessoas desempenham suas funções de acordo com um marco conceitual mais ou menos definido, que na maioria das vezes e estabelecido por uma serie de influencias ambientais, entre elas as educacionais".

Por exemplo, o medico liberal-especialista atua de acordo com um marco conceitual que entende: a) o homem como ser essencialmente biológico e seus órgãos e aparelhos como entidades mais ou menos isoladas; b) a doença como desvio (de caráter individual) de uma norma padrão, demonstrável pelos metodos científicos; c) o sistema de atenção a saúde como um grupo de instituições isoladas; d) a profissão como de caráter liberal; etc. Como conseqüência, tal profissional irá. valorizar o ato medico individual sobre o coletivo, a terapêutica sobre a prevenção, a especialização sobre a formação geral, os métodos sofisticados sobre os simplificados, a medicina liberal sobre a assalariada, a concorrência sobre o trabalho em equipe; etc.

O mesmo autor afirma que o marco conceitual da educação medica "e a resultante da interação entre diversos fatores e influencias" (1), como se pode ver na figura 1. Analisaremos alguns destes fatores, com o objetivo de determinar o marco conceitual próprio do ensino medico das faculdades brasileiras, e relacioná-lo com o marco conceitual que dirige as ações do médico generalista.
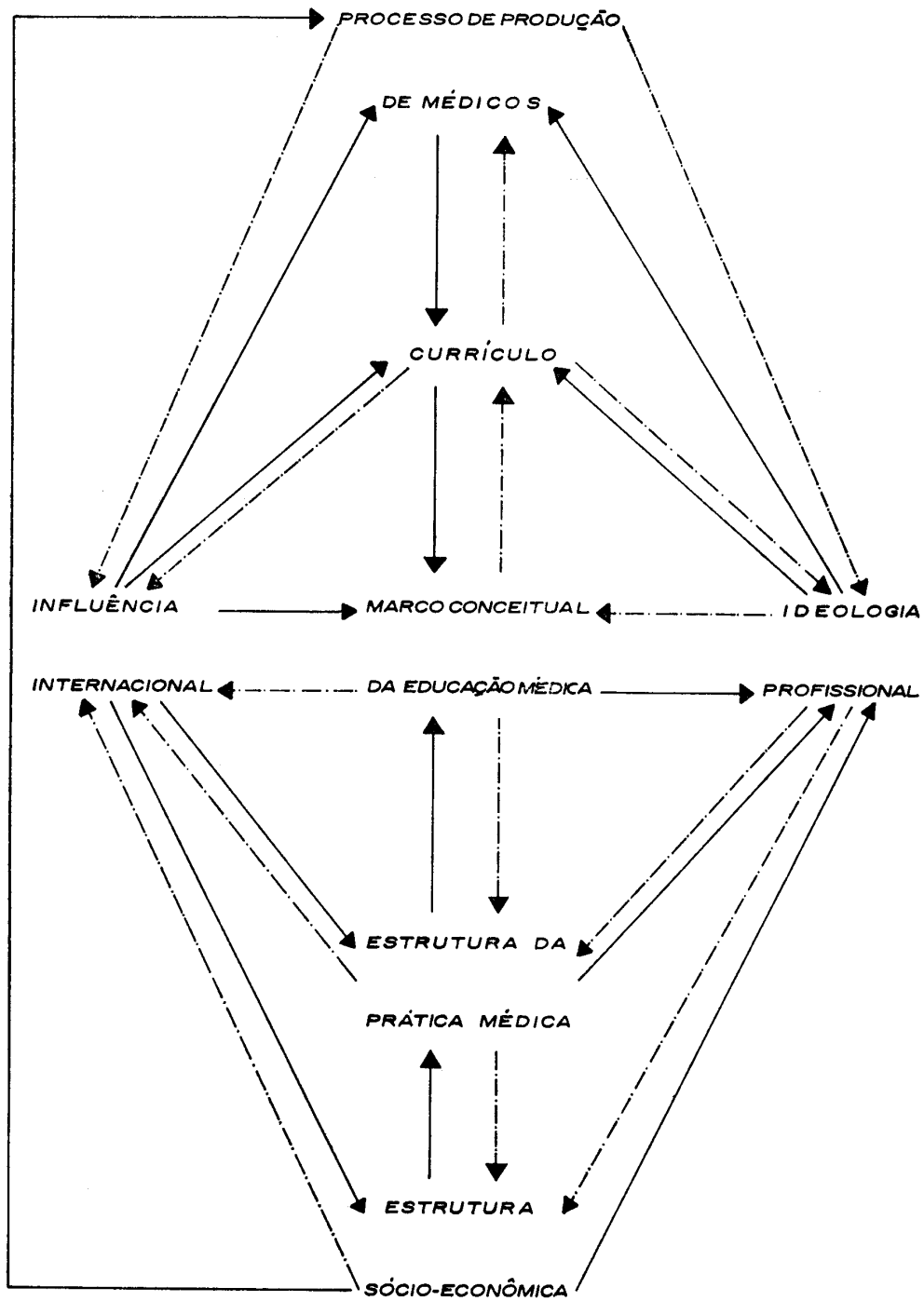
Figura 1 — Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes. (As setas cheias indicam a direção da influência dominante.)

2 – INFLUÊNCIA INTERNACIONAL

Após a Segunda Guerra Mundial, “se produziu uma mudança radical nas relações de dependência econômica e cultural dos países latino-americanos” (1), que se traduziu pela queda da influência européia e o surgimento da influência norte-americana.

No Brasil, essa mudança acompanhou-se do incremento da indústria e do crescimento econômico do país; paralelamente à queda gradativa do valor real dos salários e conseqüente piora das condições de vida e saúde da maioria da população.

No que diz respeito ao setor saúde, não é desconhecida a influência das indústrias de equipamentos hospitalares e de medicamentos, no sentido da sofisticação dos métodos diagnósticos e terapêuticos, isto é, tais empresas exercem influência no sentido de incrementar o setor sofisticado de serviços, em detrimento da saúde da população, como veremos adiante.

Por demais conhecido é o papel de geração e difusão de conhecimentos especialmente a nível de publicações técnico-científicas, hoje quase que inteiramente controladas e manipuladas pelas indústrias farmacêuticas multinacionais.

A influência direta sobre o ensino médico se dá por vários mecanismos. A universidade perde seus compromissos tradicionais, adquirindo a função de preencher as necessidades de mão-de-obra capaz de incorporar a ideologia e as técnicas importadas. “Limita-se a ser mais um órgão de repetição e difusão do saber elaborado em outra realidade, e muito pouco tem contribuído para a integração de suas nações à civilização industrial como sociedades contemporâneas, mas, sim, para torna-las mais eficazes como entidades dependentes” (4).

A importação do modelo de organização departamental, o sistema de créditos, a semestralização dos cursos, o estímulo à criação de novas escolas de Medicina (implantadas de acordo com normas recomendadas por organismos internacionais), verificado no Brasil nas últimas décadas, são exemplos da influência estrangeira direta sobre a estrutura do ensino.

Um estudo do então Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura refere que “no Brasil, os profissionais de Medicina formados numa estrutura copiada de países desenvolvidos são orientados para a especialização, para a terapêutica, para as doenças degenerativas, e para o liberalismo profissional. Por todos esses motivos, seus conhecimentos e seus interesses raramente coincidem com as necessidades da população de um país em desenvolvimento” (5).

Em resumo, a influência estrangeira se faz sentir direta e indiretamente através da estrutura econômica e social, das relações do processo de produção de médicos, da estrutura da prática médica, etc., no sentido da formação do especialista e no estabelecimento do marco conceitual próprio desse profissional.

3 – A ESTRUTURA DA PRÁTICA MÉDICA

3. 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SETOR SAÚDE

Arouca identifica uma “composição dupla” do setor saúde, traduzida por “uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social, precariamente organizada”, ao lado de “um setor de alta densidade de capital, pequeno alcance social, e, no entanto, padrão internacional” (6).

Em outras palavras, podemos descrever dois setores de atenção à saúde, de características opostas, que, somados, respondem de um modo ou de outro às necessidades do sistema econômico-social dominante. O primeiro utiliza inúmeros especialistas e técnicos, métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, instalações e serviços luxuosos; apresenta custo elevado e alta circulação de capital; destina-se a atender a uma pequena parcela da população, socialmente privilegiada, que apresenta predominantemente patologias degenerativas e metabólicas (características dos países desenvolvidos). O segundo utiliza serviços mal instalados, deficientes em pessoal e material, onde o atendimento é precário e predominantemente sintomático; requer menor circulação de capital e destina-se a atender a uma grande parcela da população, explorada economicamente, que apresenta doenças carenciais e infecto-contagiosas (características dos países subdesenvolvidos).

Os diferentes setores se organizam e se desenvolvem em função dos interesses econômicos que representam. "Os serviços de saúde atendem principalmente às necessidades dos grupos sociais de maior poder, cuja satisfação é politicamente prioritária... Respondem também aos interesses conjugados dos produtores de insumo e dos produtores de serviço... Suas pautas de conduta e os valores dominantes não têm compromisso com a saúde da população" (7).

Impõe-se assim o desenvolvimento do setor de alta densidade de capital, da medicina dita mercantilista, privada, sofisticada, voltada para a terapêutica, para a atenção individual e para as doenças degenerativas. Amplia-se o sistema gerador de lucros às empresas médicas privadas e à indústria de materiais e medicamentos.

A demanda de saúde das classes desfavorecidas, com maiores determinantes sociais e econômicos, que requer ações de prevenção e proteção, e que não se enquadra no sistema gerador de lucros, é atendida através de organismos estatais, e na medida do crescimento das formas de pressão social próprias dessas classes.

As intervenções do Estado, no entanto, inclinam-se para o setor de recuperação e para a compra de serviços das empresas médicas privadas, favorecendo também, aqui, a obtenção de lucros, muitas vezes em detrimento da qualidade do serviço prestado, ou através de práticas fraudulentas, conforme a observação de inúmeros autores, como Merhy (3), Gentile (8 e 9), Griz (10) e Santos (12).

3. 2 – O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO E O MERCADO DE TRABALHO

O desenvolvimento da técnica e das especialidades médicas, associado à perda progressiva do poder aquisitivo da população, trouxe como conseqüência uma profunda transformação do papel social e das condições de trabalho do médico. Cresceram os sistemas de seguro de saúde, através do aparecimento ou ampliação de empresas privadas e estatais. Ao mesmo tempo, diminuiu o número de profissionais que trabalham em consultório próprio e aumentou o número de assalariados, empregados de empresas particulares ou funcionários dos serviços estatais.

O que se verifica é que "a concentração capitalista, acrescida das superespecializações, está impondo realmente uma transformação do exercício profissional: substituição do médico artesão ou liberal pelo de equipe e assalariado" (11).

Podemos separar as modalidades do trabalho médico, cabíveis ao atual sistema de saúde, e relacionar o mercado de trabalho que se apresenta a cada grupo.

As empresas privadas têm por objetivo fundamental o lucro financeiro, obtido através do incremento da medicina especializada (que consome remédios e técnicas caras) e da diminuição das despesas com a assistência, com prejuízo da qualidade dos serviços e aumento da exploração do trabalho médico assalariado. Os profissionais empregados por estas empresas devem não só estar voltados para a medicina especializada como aceitar a cumplicidade de práticas antiéticas e fraudulentas, sujeitar-se a péssimas condições de trabalho e a uma remuneração irrisória.

Os funcionários das empresas públicas encontram-se em situação semelhante, posto que a política oficial de saúde tenda à privatização, ou seja, "o Sistema Nacional de Saúde favorece a sustentação e ampliação das empresas médicas privadas, estabelecendo assim o lucro como parâmetro primeiro da política nacional de saúde. A resultante deste fato se reflete fortemente na qualidade de assistência médica prestada às populações e também nos níveis salariais e nas condições de trabalho do médico servidor público" (10).

Do exposto se depreende que: a) embora exista uma grande necessidade de médicos de formação geral, e de serviços voltados para os problemas das classes desfavorecidas, o mercado de trabalho está voltado principalmente para a satisfação da medicina de mercado, sofisticada e especializada, que atende às necessidades das classes dominantes; b) a "estrutura da prática médica" reforça o marco conceitual que orienta a educação médica no sentido da formação de médicos liberal-especialistas.

4 – IDEOLOGIA PROFISSIONAL

As características individuais dos alunos ao ingressarem na escola médica influenciam

sua formação profissional. A idéia que o calouro têm do médico, de sua função social, de suas relações de trabalho, etc. orienta os objetivos profissionais e dirige os interesses para as diferentes especialidades e habilidades profissionais (ver Cruz (13)).

A quase totalidade dos estudantes de Medicina são representantes das classes sociais favorecidas, que entendem o médico a partir do profissional liberal que atende à demanda de saúde dessas classes, isto é, aquele voltado para a saúde individual, para a terapêutica, para a medicina especializada e de mercado.

Não resta dúvida de que durante o curso o aluno recebe novas informações, toma contato com novas realidades, enfrenta diferentes dificuldades, etc. Todos estes fatores colaboram para que a visão inicial se desenvolva e para que, muitas vezes, se modifique o tipo de atividade ou a especialidade pretendida no início do curso: “La manera de comportarse de los profesores, los intereses que los animan, el regimen de méritos de acuerdo al cual se valoriza su actuación, las relaciones entre ellos y con los estudiantes, proyectan un imagen que, en medida variable, contribuye a plasmar un modelo que orienta las expectativas personales de cada alumno em particular” (14).

Uma vez que o corpo docente pertence à mesma classe dominante e, na maioria dos casos, é o agente da medicina liberal e sofisticada a que nos referimos, a tendência à especialização não é combatida, mas, sim, estimulada.

Na realidade, a maioria do corpo docente das faculdades de Medicina “exerce na prática subespecialidades das respectivas especialidades (que lecionam); assim, entre as razões principais da decisão de especializar-se, há evidências de que a liderança de alguns docentes pode exercer decisiva influência no encaminhamento vocacional e profissional do aluno” (15).

Deste modo, a universidade mostra-se incapaz de proporcionar ao estudante uma visão crítica da realidade profissional, e as modificações que veiculam são superficiais ou limitam-se à escolha de uma ou outra especialidade.

De tal exposição resulta que, de modo geral, o estudante de Medicina, ao iniciar o curso, já apresenta uma tendência a incorporar conceitos característicos da medicina liberal e especializada; e que as influências exercidas durante o curso de graduação – através da orientação geral do currículo, dos programas das disciplinas e do comportamento dos docentes – em muitas ocasiões reforçam este marco conceitual, acentuando a tendência à especialização.

5 – CURRÍCULO

Inúmeras tentativas de modificação curricular foram introduzidas em várias universidades com vistas à formação de médicos gerais – Universidade de Brasília (16), Universidade de São Paulo (17), Universidade Federal de Minas Gerais (15). Todas essas modificações destacam a necessidade de integração entre ensino e assistência, de integração “horizontal e vertical” dos currículos, de ampliação e incentivo ao estudo das ciências sociais e do comportamento, etc.

Em nosso entender, a dissociação entre o ensino e o trabalho tem grande importância na gênese das contradições entre o ensino e a assistência, entre o ciclo básico e o ciclo clínico, ou entre as diferentes disciplinas do currículo. “O modo de produção de médicos, predominante em nossa época, é o da formação em grupos, separados do trabalho médico e dedicados exclusivamente a estudar (...) sua forma particular de organização é a escola de medicina, com uma estrutura administrativa e um sistema de governo separado das instituições de atenção médica” (18). A escola situa-se frente ao trabalho como não-trabalho e o trabalho se situa frente à escola como não-escola” (19).

Essa dissociação permite que o ensino se desenvolva a partir de um modelo artificial, afastado da realidade do ato médico individual ou coletivo. O aluno dedica os primeiros anos da formação aos fenômenos gerais estudados pelas ciências básicas (ciclo básico). A esse nível, os fenômenos não são considerados em sua aplicabilidade prática, ou relacionados com a realidade – de caráter particular – do indivíduo doente, uma vez que o aluno não entra em contato com o paciente. Durante o ciclo clínico, passa a receber informações teóricas, ordenadas em função de diferentes disciplinas (orientadas por agentes da medi-

cina especializada) voltadas especificamente para os detalhes de determinados órgãos ou sistemas, sem considerar os outros fatores que compõem a realidade do indivíduo doente. As atividades desenvolvidas neste período são consideradas práticas pedagógicas, isto é, o estudante não é envolvido no processo de atenção; sua relação com o paciente se faz unilateralmente (a fim de identificar um processo ou observar um fenômeno) ; suas ações não estão voltadas para as necessidades de saúde do paciente e não implicam em qualquer responsabilidade neste sentido. Em última instância, o estudante permanece afastado da realidade do ato médico e das necessidades de saúde da população.

Como vemos, a estrutura de ensino, como está organizada, se mostra deficiente no sentido de preparar o futuro profissional e oferecer-lhe segurança para assumir responsabilidades concretas em uma realidade da qual fazem parte o sistema de atenção à saúde e as condições de saúde da população. Um grande número de alunos, procurando sanar essas deficiências, procura instituições não universitárias para trabalhar como estagiários, na maioria das vezes, servindo de mão-de-obra barata em clínicas particulares, voltadas inteiramente para o lucro, que apresentam serviço de qualidade discutível e valorizam a medicina especializada.

A divisão do currículo em ciclos, departamentos e disciplinas é conseqüência, entre outras coisas, da predominância de normas pedagógicas, segundo as quais o aprendizado é um processo analítico, dedutivo, que se faz do geral para o particular. Na realidade tal estrutura curricular reforça alguns conceitos que se identificam com a atuação do médico liberal-especialista, quais sejam: a) a idéia de que há um limite preciso entre o normal (ciclo básico) e o patológico (ciclo clínico) ; b) a idéia de que o homem é um ser eminentemente biológico, cujos órgãos, sistemas ou aparelhos existem como entidades separadas (disciplinas) e adoecem – logo devem ser tratados – de forma mais ou menos individualizável.

O ensino centrado predominantemente em hospitais (cuja participação no contexto das ações de saúde é bastante limitada) afasta o aluno da realidade nosológica; dificulta a observação dos estágios evolutivos da doença (exceto durante o período de internação) e a identificação de seus determinantes sócio-econômicos e ambientais. Ao mesmo tempo reforça a idéia de doença como episódio individual; de atenção à saúde como atividade descontínua (exercida apenas durante a internação) e predominantemente terapêutica; e do hospital como instituição auto-suficiente, isolada do resto do sistema de atenção.

A difusão do conceito de que o homem é um ser “biopsicossocial” determinou a introdução do estudo das ciências sociais e do comportamento nos currículos; na maioria das vezes, através de departamentos ou disciplinas de medicina preventiva. Desta forma, as demais unidades do currículo mantêm a atitude organicista, que valoriza os aspectos biológicos (medidos e controlados por técnicas de laboratório), relegando a segundo plano a relevância dos fatores psicossociais. Conseqüentemente, os novos conceitos não são incorporados ao processo de ensino, e os padrões de conduta que deles resultam não se desenvolvem.

Em outras palavras, a “indispensável abordagem da Medicina do ponto de vista social, que nada mais deve ser do que uma atitude constante assumida pelos professores, é objeto de atenção de disciplinas estanques, criadas como uma maneira de aliviar os demais docentes dessas responsabilidades” (15).

6 – O MÉDICO QUE SE QUER FORMAR

Nos últimos anos, verificou-se um importante aumento da demanda de serviços de saúde por parte das classes que se encontram impossibilitadas de comprar serviços à medicina especializada. Inúmeros fatores podem ser enumerados para justificar este aumento: a) o encarecimento das ações de saúde proporcionado pelo incremento da técnica e da sofisticação; b) o crescimento quantitativo das classes pobres, e a queda dos níveis de qualidade de vida e saúde, conseqüentes ao “modelo de desenvolvimento” adotado; c) o reforço do “conceito de que a saúde é um direito básico de todos os povos, que alimenta a justa exigência de melhores e mais amplos serviços de saúde” (20) ; etc.

Esse aumento de demanda teve como resposta inicial o incremento do sistema pre-

videnciário estatal (INPS), com aumento da cobertura e da compra de serviços às empresas privadas. Ainda na tentativa de corrigir as grandes diferenças entre os vários grupos sociais sem tocar nas causas determinantes, que estão ao nível da produção, os organismos estatais buscam soluções centradas em fórmulas custo-benefício, isto é, programas que, tendo um custo menor possível, ofereçam rendimento máximo.

7 – CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade," conforme definição da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a qual instou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços, a fim de reduzir a distância, que separa os "privilegiados" e os "carentes", para obter uma distribuição mais eqüitativa dos recursos de saúde e alcançar um nível de saúde que permita aos cidadãos desfrutar uma vida social e economicamente produtiva.

Essa mesma conferência frisou que os cuidados primários de saúde são parte integrante do processo de desenvolvimento sócio-econômico. Logo, as atividades do setor saúde nos níveis nacional, intermediário e comunitário ou local devem ser coordenadas com as dos outros setores sociais e econômicos, tais como a educação, a agricultura, a pecuária, o abastecimento de água a domicilio, a habitação, os transportes de massa, as comunicações e a indústria. Devem as atividades de saúde ser desenvolvidas conjuntamente com a adoção de medidas tais como a melhoria da nutrição, especialmente a materno-infantil, o aumento da produção e do emprego e uma distribuição mais eqüitativa da renda pessoal; o combate à pobreza e a proteção e a melhoria do meio ambiente. E em especial, no Brasil, a reconquista da garantia e estabilidade no emprego.

A ênfase aos cuidados primários pede que o médico geral tenha sua atenção voltada para os problemas coletivos, que entenda a atenção à saúde como uma atividade contínua; que possa relacionar os problemas de saúde com as condições de vida das classes desfavorecidas, a que são destinados os programas, e ao mesmo tempo requer conhecimentos nas áreas de saúde pública e administração em saúde.

O trabalho do pessoal auxiliar pressupõe que o médico generalista assuma características como "aceitar plenamente o exercício de várias ações simples (tradicionalmente monopolizadas pelos médicos) por auxiliares (...) participar do treinamento de outros profissionais" (26), etc.

Para possibilitar a participação ativa da população nas ações de saúde, ao nível que se propõem alguns programas, o médico geral que opera as unidades periféricas deve entrar em contato mais íntimo com a população, acatando as formas populares de entender e agir diante dos fenômenos relacionados à saúde e doença. O relacionamento médico-paciente deve ser estabelecido sob uma relação diferente da tradicional, em que "o médico assume o papel dominante e toda a ênfase é colocada na relação de dependência do paciente no tocante ao médico" (26). Faz-se necessário, portanto, rever os conceitos tradicionais de saúde e doença, procurando um intercâmbio entre a medicina popular e a oficial, isto é, o médico deve abandonar qualquer atitude autoritária, desde aquela presente na relação médico-paciente, até aquela que se dá entre a ciência institucional e a cultura popular.

O médico geral ou de família * é diferente daquele profissional liberal de alguns anos atrás, depositário de todos os conhecimentos e práticas, que desenvolvia seu traba-

---

- O termo família é aplicado aqui não para referir-se à unidade de clientela, mas, sim, como unidade própria da generalidade, pois no interior da família encontramos ambos os sexos, os representantes de vários grupos etários, o que condiciona a integração das áreas materno-infantil, clínica de adultos, pequenas cirurgias e, facultativamente, cirurgia geral (12).

lho isoladamente. Ao mesmo tempo, o novo médico generalista utiliza técnicas, aplica conhecimentos e traça objetivos, diferentes dos do médico especialista, e também é diferente o marco conceitual que orienta as ações de um e de outro.

Assim podemos afirmar que "um médico generalista, capaz de prestar assistência primária de saúde e de exercer a medicina comunitária (...) deverá aplicar, na realização de seu trabalho, conhecimentos básicos das ciências do comportamento e da realidade sócio-econômica que o envolve bem como exercer atitudes críticas permanentes em relação a dinâmica nosológica e aos sistemas existentes de prestação de serviços de saúde (...) o médico deve ser formado na consciência da relatividade de seu papel na solução de problemas de saúde e da necessidade de desenvolver atitudes favoráveis ao trabalho integrado com outros profissionais" (15).

Tal médico terá suas ações orientadas de acordo com um marco conceitual que entende homem como ser biopsicossocial; a doença como uma "norma biológica que foi recusada pela vida" (25) e não como ausência ou desvio de uma norma padrão; o hospital ou posto de saúde como parte integrante de um sistema de atenção organizado; o paciente como agente ativo nas ações de saúde, etc.

8 — PROPOSTAS

O currículo é apenas um dos elementos que interferem no estabelecimento do marco conceitual da educação médica. Na verdade, grande parte desses elementos estão historicamente determinados, de modo que a escola de Medicina não dispõe de poder suficiente para alterar o marco conceitual da educação médica, predominante no momento, que exerce influência para a formação de especialistas. As modificações curriculares justificam-se, no entanto, pelo desenvolvimento de novos conceitos (sobre saúde e doença ou sobre a natureza do homem) e surgimento de propostas alternativas de modelos de atenção (medicina comunitária), conseqüentes ao aguçamento das contradições que compõem a crise do setor saúde (6). Observe-se que o sistema alternativo proposto inclui a participação de especialistas, e logo é necessário que as escolas possam formar não só médicos gerais como profissionais especializados.

Para formar um médico geral, o marco conceitual que orienta as ações deste profissional deve poder materializar-se na estratégia de ensino. Para tal é necessário "em primeiro lugar, que as unidades curriculares do plano de estudos e os critérios que regem sua definição (critérios para a organização do conhecimento) coincidam e reforcem o marco conceitual; em segundo lugar, que a ordem e o conteúdo das unidades curriculares, assim como suas relações internas, as atitudes dos docentes e o ambiente educacional também guardem relação com o marco conceitual" (12).

Relacionamos a seguir algumas sugestões de caráter geral, que acreditamos serem básicas para que esta materialização possa se dar. Por outro lado, torna-se indispensável que as universidades analisem cuidadosamente as modificações postas em prática em outras instituições, assim como os resultados obtidos, para definir aquelas melhor indicadas em seu caso particular.

1) Revisão da organização curricular, buscando a integração que elimine "o esquema clássico que separa o ciclo das ciências básicas do clínico, introduzindo simultaneamente a aprendizagem do abstrato e geral, e sua aplicação no concreto e particular" (27).

2) Revisão do modelo didático que separa o ensino do trabalho, permitindo que o aluno se envolva na realidade do ato médico, participando ativamente e assumindo responsabilidades de forma gradativa.

3) Estabelecimento de um critério para a divisão das unidades curriculares que não implique em separar os aspectos biológicos dos sociais e psicológicos, a medicina preventiva da curativa, o normal do patológico, etc.

4) Modificação dos critérios de elaboração dos programas das unidades curriculares de modo a centralizá-los em um organismo único, diminuindo o poder dos chefes de departamento e titulares.

5) Estabelecimento de um vínculo entre a escola e a estrutura de atenção a saúde, de modo que o hospital-escola esteja incorporado a um sistema hierarquizado de serviços, a fim de possibilitar que o aluno entre em contato com a realidade de saúde da população, de-

senvolvendo seu aprendizado nos, diferentes níveis do sistema.

6) Introdução do estudo das ciências sociais e do comportamento, bem como o da medicina preventiva, incorporando essas noções a todas as unidades do currículo.

7) Ampliação do corpo docente, de modo que este passe a incluir preferentemente médicos de formação geral, além de profissionais de outras áreas.

8) Revisão da relação entre docentes e discentes centrada na dominação do primeiro pelo segundo, de modo que a aprendizagem se faça de maneira criativa e não meramente repetitiva.

9) Deve-se ainda subordinar a estrutura administrativa à educativa, tornando-a maleável e flexível, e suprimindo "a atual estrutura conflitante de poder entre a faculdade e seus diversos subsetores" (15) .

9 — CONCLUSÕES

Não poderíamos terminar este trabalho sem enfatizar o aspecto caótico e desesperado que se incorporou a estes jovens médicos formados nos últimos anos, que, de uma forma ou outra cientes das necessárias transformações que devem ser operadas na atenção a saúde, não encontram resposta não só para seus anseios sócio-econômicos, como também para a colocação de seus serviços em benefício da sociedade.

Mais de 40 mil médicos em todo o Brasil estão alijados de um emprego condigno, revoltados não só com suas dificuldades, como com as sórdidas fraudes e deformações a que na maioria das vezes têm de se sujeitar na prática da medicina mercantilista, atualmente quase que exclusiva fonte de colocações no mercado no Brasil. No Rio de Janeiro, em função da desproporcional relação entre a oferta e a procura, na maioria das empresas médicas o nível médio de rotatividade de médicos é de 8 a 10 meses, chegando mesmo a atingir 4 meses em algumas empresas.

Das próprias condições do que ainda podemos chamar **Plano Nacional de Doença,** da revolta da população, a principal financiadora deste sistema, assim como do ritmo lento imposto às tentativas de transformações necessárias aos interesses de saúde da população e desta grande parcela da classe médica transformada e identificada como bode expiatório. Dos mecanismos de geração de lucros ou estatísticas oficiais de uma assistência médica ineficaz, podemos infelizmente prever como presenciar que o desrespeito, a desconfiança e o descrédito podem transformar a situação da assistência médica em algo tão assustador como a atual marginalidade e violência dos centros urbanos.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina *Educación Médica y Salud* 12 (1) : 1-19; 12 (2) :149-166; 12 (3) :223-252, 1978.
2. ———. La estrategia educacional en el plan de estudios. *Educación Medial y Salud 5* (2) :151-164, abr./jun. 1971.
3. MERHY, Emerson. Democracia e saúde. *Saúde em Debate* (4) :7-13, jul./set. 1977.
4. RIBEIRO, Darcy. *A universidade necessária.* Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1969.
5. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. *Documentos do ensino médico.* Brasília, 1978. 150 + 28 p. (Documento n.º 1: Expansão da rede escolar, p. 1-59.)
6. AROUCA, Sérgio. Introdução à crítica do setor saúde. *Nemesis* (1) 1975.
7. ALVES, Marta. A saúde pública em questão. *Saúde em Debate* (4) :73-80, jul./set. 1977.
8. MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil.* São Paulo, CEBES/Hucitec, 1977. 273 p.
9. ———. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Saúde em Debate* (7/8) :30-38, abr./jun. 1978.
10. GRIZ, Gilberto. Perspectiva da profissão médica face à política de assistência médica governamental. *Saúde em Debate* (7/8) :52-54, abr./jun. 1978.
11. FARIA, Álvaro de. Socialização da medicina. *Saúde em Debate* (7/8) :25-29, abr./jun. 1978.

12. SANTOS, Nélson Rodrigues dos. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. *Saúde em Debate* (7/8) :39-43, abr./jun. 1978.

13. CRUZ, Emirene M.T. Navarro da. Sextanístas de medicina e o local pretendido de instalação para o exercício profissional. *In:* CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6. e CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14. Rio de Janeiro, 1976. *Anais.* Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1976, p. 393 (resumo).

14. PRIMERA reunión sobre princípios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe; informe final. *Educación Médica y Salud* 10 (2) :109-139,

15. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Diagnóstico do ensino médico da UFMG.* Belo Horizonte, 1972.

16. LOBO, Luis Carlos Galvão & FERREIRA, José Roberto. La carrera médica en la Universidad de Brasília. *Educación Médica y Salud* 4 (4) :310-327, out./dez. 1970.

17. NA FACULDADE de Medicina da USP. *Saúde em Debate (2)* :48-53, jan./mar. 1977.

18. LOLIO, Cecília Amaro de. A escola médica necessária. *Saúde em Debate (2)* :16-25, jan./mar. 1977.

19. GARCIA, Juan César. *La educación médica en in América Latina.* Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1973. 430 p. (Publicación científica, no. 255)

20. AMÂNCIO, Aloysio. Saúde, saber médico e recursos humanos. *Saúde em Debate* (1) :48-49, out./dez. 1976.

21. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Programa de saúde comunitária; integrado do ensino ao sistema assistencial em comunidade urbano-rural.* Recife, 1975.

22. PELLEGRINI FILHO, Alberto. Propostas de modelos de saúde. *Saúde em Debate* (7/8) :14-17, abr./jun. 1978.

23. LOUREIRO, Sebastião. Saúde comunitária. *Saúde em Debate* (1) :38-40, out./dez. 1976.

24. PAIM, Jairnilson Silva. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em Debate* (1) :9-12, out./dez. 1976.

25. AROUCA, Anamaria Tambellini. Medicina de comunidade: implicações de uma teoria. *Saúde em Debate* (1) :20-23, out./dez. 1976.

26. AMÂNCIO, Aloysio & QUADRA, Antonio Augusto F. Educação médica, relação médico paciente (política de saúde: o pólo dominado). *Saúde em Debate* (5) :18-20, out./dez. 1977.

27. GARCIA, Juan César. Paradigmas para la ensenanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud* 5 (2) :130-150, abr./jun. 1971.

DEBATES EM PLENÁRIO

O Dr. Jairnilson Paim — A 7.ª Conferência Nacional de Saúde explicita novas intenções governamentais para reorientação da estrutura de prestação de serviços de saúde no Brasil. Neste particular, o reforço a integração entre atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas, e a ênfase aos serviços básicos passam a sugerir novas redefinições na política de formação de recursos humanos.

Consideramos isso bastante interessante, ainda que esteja sendo feito com algum atraso. Todavia, a expectativa dos que integram os chamados aparelhos de formação de recursos humanos, já que no plano das intenções parece haver um certo consenso quanto à necessidade de mudança, é de como se pretende, objetivamente, facilitar tal processo de mudança. Por exemplo, no que se refere ao financiamento de atividades docentes, de investigação e de serviços nos organismos responsáveis pelo preparo de recursos humanos, qual a perspectiva de fortalecimento desses recursos nos departamentos de medicina preventiva e escolas de saúde pública, nos departamentos de recursos humanos dos ministérios da Saúde e Assistência e Previdência Social e das secretarias estaduais e municipais de saúde? Esta nos parece uma questão muito concreta para ser resolvida, caso se repense em novas modalidades de produção de recursos humanos em saúde. Daí o fato de estranharmos, por exemplo, não termos na mesa um representante do MEC que pudesse também dizer como este órgão estaria disposto a privilegiar os aparelhos formadores de recursos humanos para as áreas básicas de saúde.

A Dra. Lia Celi Fanuck — No que se refere ao Ministério da Saúde, a totalidade dos recursos disponíveis na Secretaria de Recursos Humanos esta exclusivamente alocada para a formação, treinamento, preparação e educação do pessoal considerado fundamental para o desenvolvimento do programa de serviços básicos. Nossa atuação, nesse sentido, está reduzida a financiar exclusivamente programas que se destinem ao fortalecimento das secretarias de saúde, no sentido de serem estas os órgãos executores do programa de serviços básicos de saúde.

Um participante — Creio não ser a pessoa mais indicada para falar sobre formação de recursos humanos, especialmente a nível de universidade, mas, como a pergunta formulada me chamou a atenção, tomei a liberdade de pedir a palavra.

Perguntou-se o que fazer para mudar a atual formação dos currículos médicos de outras áreas, e eu diria que essa transformação só vai ocorrer se realmente houver uma pressão de todas as áreas interessadas sobre as escolas formadoras de médicos. Essa pressão pode ser exercida através de entidades associativas, sindicatos e associações médicas e, também, através de órgãos governamentais. Afirmei aqui que o INAMPS está procurando definir o perfil do médico que ele necessita

para o seu trabalho, para a execução das ações que lhe competem. Naturalmente, esse posicionamento deverá ser levado ao Ministério da Educação e Cultura, baseado na experiência de que a assistência médica está, atualmente, praticamente entregue a área especializada e de que há necessidade de médicos para acompanhar a nova corrente que está se esboçando neste País. Desde muito que lutamos para que se modificassem os currículos médicos, para que se formassem médicos generalistas e que houvesse a possibilidade do médico formado nas faculdades ter condições para atender a generalidade do que ocorre na prática. Portanto, só a pressão de todas as classes interessadas pode mudar esse sistema, caso contrário não haverá modificação.

Um participante — A respeito da formação desse sistema de ensino, algumas contribuições e até experiências têm sido tentadas, mas considerados os programas de serviços tais como vêm sendo propostos. Assim são consideradas as experiências do exterior, o que ainda não da a mínima segurança aos estudantes. Um outro aspecto e a curricolomania, se assim podemos chamar. Todo mundo reforma currículo, mas isso não tem levado a fatos concretos.

O Deputado Ubaldo Dantas — Gostaria de perguntar à Dra. Lia Fanuck, em relação ao seu depoimento sobre a integração do Ministério da Saúde com as secretarias de saúde, qual o papel da Fundação SESP, que possui modelo próprio e que atua nos estados onde não há PIASS (chamado até de PIASS dos ricos), onde não há uma participação tão integral com as secretarias no recrutamento, seleção e prazo de treinamento dos recursos humanos, onde o que é auxiliar de um não o é de outro?

Foi comentada neste plenário, e elegantemente comentada, pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde, Dr. Mozart de Abreu e Lima, a não oportunidade para se desenterrar cadáveres, e também quero participar desse intuito, desse desejo e dessa oportunidade. Mas, pergunto agora ao Dr. Harri Graeff, inclusive elogiando-o pela posição assumida, que prega o ministério único como evolução das atividades de saúde no Brasil, se isso pode não significar nada, a não ser a criação de uma nova burocracia?

A Dra. Lígia Paim — Afirmou-se que o mínimo de segurança aceitável estaria apoiado nos níveis de primeiro e segundo graus, ou seja, pessoal de enfermagem de nível elementar apoiando os níveis de primeiro e segundo graus. Ocorre que, ao dizer isso, pensamos nas dúvidas que vêm surgindo, de que nesse nível não seria necessário nenhum pessoal técnico diretamente no local. Quando colocamos isso também queremos saber onde estão os recursos financeiros, bem como as outras fontes de apoio social. Na profissão, por exemplo, de técnico de enfermagem, que não é regulamentada, formam-se, anualmente, no Brasil, com a suplência profissionalizante, oito mil técnicos, os quais são, empregados em outras atividades que não as da saúde. E, quando em atividades da saúde, são empregados como atendentes de enfermagem não qualificados. Portanto, o que vamos fazer com esses recursos humanos? Eles estão aí, e o mercado de trabalho não toma conhecimento deles.

Outro problema se refere a lei que regulamenta o exercício da profissão e que não inclui o técnico de enfermagem. A retribuição financeira também é muito irregular, pois não está presa a própria proposta, e os recursos humanos estão por aí, diluídos e subutilizados.

O Dr. Harri Graeff — Em primeiro lugar, quero agradecer a oportunidade, que me é dada neste momento, de poder responder a assunto que já foi tratado em outra reunião, à qual não pude comparecer. O assunto aqui proposto é muito polêmico e sei perfeitamente que há correntes de opinião de natureza diversa, às vezes opostas, antagônicas e, muitas vezes, ferrenhamente antagônicas. Refiro-me às correntes que defendem, uma, a privatização da assistência médica, e outra, a sua estatização.

Li, na imprensa, declarações a respeito do seguro-saúde e devo dizer que a idéia que expus realmente foi a de que haja recursos definidos para assistência médica à população brasileira, assistência esta de qualquer natureza e a qualquer nível. Isto não acontece atual-

mente porque os recursos que são postos à disposição do INAMPS, que é conhecido como o primo rico da assistência médica brasileira, e que na verdade faz um esforço terrível para conseguir manter em dia seus compromissos, não são suficientes.

Perguntado sobre qual seria a solução para os problemas de falta de recursos na área de saúde, respondi que achava que um seguro-saúde estatal seria a solução. E este seguro-saúde estatal não é novidade nenhuma, pois já existe em países europeus, como, por exemplo, na Alemanha, onde há um seguro estatal pago pela empresa a operários que tenham até um certo nível de renda. Acima desse nível, cada pessoa tem de fazer seu seguro em empresas seguradoras privadas. Na França também existe um seguro estatal, no qual há participação do segurado no custeio dos serviços de saúde.

E, com a objetividade que penso caracterizar bem minhas palavras, digo que não acredito em assistência médica de qualquer natureza sem recursos claramente definidos, porque os recursos postos à disposição da área que tenho a honra e a responsabilidade de dirigir são considerados como acessórios, ou seja, não são definidos. Recebemos até 25 por cento da arrecadação e, se tivéssemos neste País a infelicidade de uma grande catástrofe, em que milhares de pessoas ficassem inválidas, e se correspondesse ao INPS pagar o seguro e benefícios sociais, não sobrariam recursos para a área médica, porque a previdência social brasileira visa predominantemente a fornecer os benefícios sociais, tais como auxílio-doença, pensão, aposentadoria, auxílio-natalidade, auxílio-reclusão, etc.

No meu trabalho, dentro da singeleza e concisão com que o apresentei, abordei de relance esse fato, dizendo que, apesar dos recursos limitados (para que se tenha idéia, no corrente ano, tivemos um acréscimo no orçamento de apenas 25 por cento, quando sabemos que a inflação foi da ordem de 59 por cento), estamos abrangendo cada vez mais uma população que cresce 3 por cento ao ano e que, através de programas de integração, estamos repassando recursos para outros órgãos. Quem repassa os recursos para o programa PIASS é a previdência social, e também repassamos recursos, indiretamente, para a área de ensino, através de convênios com hospitais universitários.

O fato, pois, de ter me manifestado a favor de um seguro-saúde, é por ser este uma forma que entendo válida, e, sem pretender ser futurólogo, acho que se não houver a definição dos recursos de saúde, vamos ter um grave problema dentro de algum tempo. Por mais que se queira e que os nossos desejos sejam de que as coisas não cresçam, os preços vão crescer; por mais que não se queira utilizar aparelhos sofisticados, tais aparelhos serão utilizados e, como médico, entendo que não se pode negar o direito a uma pessoa que necessite dispor do use de tais aparelhos.

Nos custos que são propostos para financiamento da assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica, deve haver percentuais que também permitam a cerca de 20 por cento da população, que vão necessitar não só de cuidados primários mas também de cuidados secundários, dispor de recursos para tal. Isso não significa que deva ser feito pela área privada ou pela área estatal. Apenas, na minha opinião, acredito na livre escolha, embora saiba que isso fira interesses que muitas vezes não são os da classe.

Devo dizer que, na minha modesta experiência, tendo tido a oportunidade de participar na formulação de um programa de assistência médica ao homem do campo, quando na Associação Médica do Rio Grande do Sul, e também porque durante 15 anos tive a satisfação de ser um médico generalista de pequena localidade do interior do nosso País, acredito ser possível criar um sistema de trabalho de livre escolha. E se o afirmo é porque tenho uma experiência de 5 anos e sei que esse sistema funciona realmente. Aos homens do campo do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, agora recentemente, aos do Paraná e Minas Gerais, está se dando a possibilidade de escolher o seu hospital, o seu médico.

Creio também que no custeio dos serviços de saúde deve haver participação da pessoa de acordo com sua renda. Aqueles que nada podem pagar, nada devem contribuir. Mas aqueles que têm algum recurso devem contribuir acessoriamente para a manutenção do sistema de saúde e assistência médica, porque senão assistiremos, como vimos assistindo, às

distorções nas áreas de hospitalização e também na procura de exames sofisticados.

O fato, pois, de ter me manifestado pelo seguro-saúde não significa que essa seja a política que o INAMPS vai seguir. O INAMPS segue a política do governo, a política do Presidente João Figueiredo, e as diretrizes de seu Ministro, o Dr. Jair de Oliveira Soares. Manifestei opinião pessoal porque me foi perguntado, como pessoa, e não como Presidente do INAMPS, naquele momento. Também entendo que, enquanto ficamos discutindo teorias, o povo sofre. E quanto a essa assistência que aí está, eu, como Presidente do INAMPS, devo afirmar que não estou contente. Tampouco meus auxiliares ou a população estão. Já afirmei, quando assumi a presidência do INAMPS, que tínhamos uma assistência que desagradava a todos — ao governo, aos prestadores de serviço e aos que a recebem. Creio que está na hora de reformularmos algumas coisas. Neste sentido, o INAMPS, embora se diga o contrário, tem procurado integrar suas ações com as do Ministério da Saúde e, desde a época em que começou essa integração, constante de seu programa de ação, aprovado há cerca de um ano, já demos alguns passos iniciais.

Há quase um ano, temos, na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, um convênio--piloto de integração de ações de saúde. E, por feliz coincidência, está em nossa mesa, como presidente da mesma, o Dr. Germano Bonow, Secretário de Saúde daquele estado, que já colocou cerca de 400 unidades de saúde para atendimento primário da população. É este, pois, o plano que pretendemos estender para todo o País, sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

O Deputado Ubaldo Dantas — Perguntaria o que tem a ver essa posição assumida pelo senhor, até como pessoa física, com o que está acontecendo realmente em relação aos serviços básicos. Seria uma felicidade se Vossa Senhoria pudesse, durante esta Conferência, afirmar a liberação de recursos para esse programa. Tive a oportunidade de estar presente no gabinete do Senhor Ministro da Previdência, quando da visita do presidente da CONTAG e presidentes de federações de trabalhadores na agricultura, dos estados de Santa Catarina e Paraná e, na ocasião, pedi ao Senhor Ministro para fazer a misericórdia de não ampliar essa extensão de serviços para os trabalhadores da agricultura, como já foi feito no Rio Grande do Sul, onde o participante chegava ao ponto de, através de sua renda familiar e no uso da livre escolha de médicos e hospitais, pagar para um parto simples a quantia de 26 mil cruzeiros.

O Dr. Harri Graeff — Respondendo a esta última parte, acho que o sistema não tem culpa de que pessoas o usem indevidamente. No sistema não há esse tipo de contribuição. A contribuição é pequena, de acordo com a possibilidade de renda das pessoas. Se houve isso, houve abuso de quem o praticou. O INAMPS, nem eu, que muitas vezes tive a oportunidade de devolver importâncias cobradas indevidamente, concordaríamos com isso. Penso que qualquer sistema é corrupto na medida em que as pessoas o são. Não há nenhum sistema perfeito se as pessoas não são honestas, mas me causa uma certa preocupação dizer que esse sistema está falido e que não o estendamos a outros estados do País. Tive a oportunidade, quando se extinguiu o FUNRURAL, de ver a Federação dos Trabalhadores Gaúchos e a Federação das Associações Rurais, inclusive sindicatos, solicitarem ao governo que não se extinguisse o FUNRURAL. Então, causa surpresa que o sistema seja tão ruim assim e que todos o queiram conservar.

Tenho repetido que essas cobranças indevidas não representam o sistema, elas não são a base do sistema. A nossa participação em serviços básicos é grande. No PIASS, nós repassamos recursos, não executamos a ação. Se está havendo falhas no PIASS não é por causa do INAMPS. O PIASS está entregue às secretarias de saúde dos estados. Muitas vezes, temos enormes dificuldades em conseguir que as secretarias nos provem que o serviço foi realizado. Portanto, não é o INAMPS que não atende às ações básicas. O INAMPS tem atuado nas ações básicas de saúde e tenho aqui uma coleção de notícias dos meses de janeiro e fevereiro de 1980, publicadas pela imprensa, em que posso ler várias notas a respeito: " O INAMPS alerta contra verminose e mostra como combater a doença", "INAMPS

acredita que a medicina preventiva agora será uma realidade", "Dentes mal cuidados prejudicam a saúde, dizem técnicos do INAMPS", "INAMPS começa vacinação contra pólio no litoral" (Rio de Janeiro), "INAMPS participa da campanha contra pólio", "INAMPS prestou 70 mil informações em janeiro à população", "INAMPS vacina crianças contra pólio e sarampo". Estas são ações básicas de saúde.

Transformarmos metade de nossos recursos, que chegam a ordem de 450 milhões de cruzeiros, para a formação de pessoal, prestigiando a área profissionalizante, criando novas escolas de enfermagem, criando uma residência de medicina preventiva social e também oferecendo estágios a médicos em áreas de ambulatórios, enfermagem, nutrição, assistência social, etc. O INAMPS não tem essa competência de estar formando pessoal; mas, sensível aos problemas do Brasil, está empregando dinheiro, que poderia ser empregado em assistência médica, na formação de técnicos de nível médio e nível profissionalizante, visando a cobrir essa deficiência que aí está. Além disso, temos nova orientação, a do Ministro Jair Soares, e que está sendo aplicada ao INAMPS de um ano para cá. Tivemos, assim, de enfrentar uma série de problemas, desde os de estrutura interna até os de política assistencial e não é possível, em um ano, e talvez nem o seja em três, quatro ou cinco, desmanchar tudo o que se criou, visto que é muito difícil desmanchar direitos adquiridos. Quando se toca em qualquer área para desmanchar o direito de qualquer um, a primeira coisa que acontece é a manchete em jornal, e a segunda, é a campanha de descrédito contra as pessoas que estão procurando resolver tais problemas.

O que eu gostaria de deixar claro, nesta Conferência, é que nós acreditamos na integração de esforços, só que não vamos poder fazer isso de uma hora para outra. O que temos a oferecer é o trabalho, para que se melhore o que aí está, através de modificações paulatinas, a fim de chegarmos ao que se pretende. Este é o ponto de vista que defendemos com empenho.

Um participante — No início da exposição, quando se falou nesse tipo de integração, de cooperação técnica com as secretarias de estado, formulamos a proposta de trabalho interministerial. Está se iniciando agora, na segunda quinzena de abril, um primeiro seminário para a integração das ações de recursos humanos desenvolvidas por quem atue no Ministério, independente do vínculo com a Secretaria de Recursos Humanos, com a participação da SUCAM e da Fundação SESP.

O Dr. Carlos Gentile de Mello — O Dr. Mozart de Abreu e Lima recomendou ontem que não desenterrássemos defuntos, e continuo dizendo que não vou fazê-lo. Mas acho a história muito importante, embora já se diga que carece a história de capacidade didática. Falou-se na formação de médicos generalistas, e ouvi, com muito respeito, que o Dr. Harri Graeff, quando investido no cargo de presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul, postulou, reiteradas vezes e com empenho, a formação de médicos generalistas. Acontece que, em 1948, o Plano SALTE já encarava a necessidade de formação de médicos generalistas. E isso não vem ocorrendo, apesar do empenho manifestado em várias oportunidades. Devemos, então, ter a humildade de parar e meditar sobre o porque desses apelos não serem atendidos. Será que é o mercado de trabalho? Por exemplo, só apareceu o geólogo depois da Petrobrás, o engenheiro nuclear, depois da Nuclebrás, e assim por diante. Será que a tabela de honorários médicos se desvaloriza ao máximo na medida em que a prática médica se aproxima da generalidade e se valoriza quando se aproxima da especialidade? Será que isso tem influência? E, fugindo aos padrões convencionais, o que não é minha norma, perguntaria ao Prof. Frederico Simões Barbosa sobre sua experiência, já que, numa conferência nacional de saúde, pensar em apelos líricos para a modificação da estrutura do ensino médico é realmente um espanto. Como estudioso dos problemas de assistência médica da previdência social, durante muitos anos ouvi repetir que os institutos de aposentadoria e depois o INPS não tinham por objetivo prestar assistência médica e, sim, prestar seguro social, aposentadorias, pensões, auxílios, etc. Acontece que, como estudioso, e sem querer desenterrar defuntos, mas recorrendo à história, lembro de 1923, da Lei Elói Chaves, que criou

as caixas de aposentadoria. Depois de ter sido informado de que o objetivo da previdência social não era o de prestar serviços médicos, perplexo, a referida lei, que diz que são benefícios da previdência: primeiro, a assistência médica; segundo, o fornecimento de medicamentos; terceiro, aposentadorias, e quarto, pensões. Então, nessa altura dos acontecimentos, eu me pergunto: mudou? Tudo indica que não, porque se tivesse mudado eu perguntaria: se não é atribuição da previdência prestar assistência médica, por que o faz?

Quero, ainda, aproveitar a 7.ª Conferência Nacional de Saúde para declarar que sou favorável à livre escolha, porque livre escolha significa liberdade para o paciente escolher o médico, liberdade para chegar ao meu hospital em Ipanema e dizer: eu quero ser operado pelo Dr. José Hilário. Isto é livre escolha. Pagamento por unidade de serviço é outra coisa. 0 que acontece é que, em nome da liberdade, implanta-se e defende-se um sistema corrupto, seja no Brasil, na Itália, nos Estados Unidos, no Piauí ou no Maranhão.

O Dr. Harri Graeff — Em primeiro lugar, gostaria de deixar claro que, em nenhum momento, manifestei que tivesse sido paladino das reivindicações para que se criassem condições para formação de médicos generalistas. Apenas, quando presidente de uma associação médica, interpretei o pensamento dominante de todo o grupo.

O Dr. Carlos Gentile de Mello tem razão quando indaga que se não é a assistência médica uma das finalidades da previdência social por que é então realizada? Na verdade, isso está escrito na lei: a assistência médica será dada com os recursos disponíveis, até o limite de 25 por cento. Há pouco manifestei-me contrário a tal fato. Entendo que a assistência deva ter recursos definidos e não sobras. Não consegui entender até hoje porque isso é feito, e já que a assistência médica faz parte realmente das obrigações que a previdência assume com seus segurados, não vejo porque deva ser feita com recursos disponíveis. Acho que os recursos deveriam ser definidos, até um determinado limite e, quando esse limite não fosse mais suficiente para cobrir as despesas, que houvesse uma forma de se conseguir mais recursos. Penso que naquela proposição em que falei de seguro-saúde esta implícito isso, visto que o seguro-saúde implica em um orçamento determinado só para a saúde, o qual não poderá ser desviado para outros fins. Tenho também minhas dúvidas sobre o pagamento por unidade de serviço. Penso que a unidade de serviço é uma forma simbólica de expressar o pagamento. Poderíamos também fazer uma tabela de preços que não falasse em unidade de serviço, mas que dissesse, por exemplo, que uma septotomia custa tantos cruzeiros. Portanto, penso que, de alguma forma, o serviço tem de ser pago. Ou é pago por serviço prestado ou por empresa. 0 que não pode acontecer é que médicos e técnicos da área da saúde trabalhem de graça, pois eles também têm seus compromissos. Concordo ainda com o Dr. Carlos Gentile de Mello quando ele se refere à preferência que se dá a serviços especializados. Naquele sistema do FUNRURAL em que o pagamento não é feito através de subsídio global e em que os atos médicos têm valor de acordo com demanda, o serviço de médico clínico está praticamente ao mesmo nível do serviço especializado do cirurgião e outros. Não vejo porque a hora de serviço de um técnico, só pelo fato de pertencer a uma categoria considerada socialmente como sendo mais importante (e entendo que todas as categorias médicas, quaisquer que sejam, têm uma importância equivalente no sistema) seja privilegiada. Isto é decorrência do valor social que se dá a muitos trabalhos médicos. É quase como uma concordância dar **status** ao médico de acordo com o serviço que ele presta. Espero poder corrigir isso, se me for dada a oportunidade, fazendo com que todos recebam igualmente por trabalho médico, dentro de suas capacitações sem distinções de um ou outro.

O Dr. Carlos Almeida Sampaio Ferreira — Expressando uma opinião pessoal, enfatizaria, nesta oportunidade, que a FSESP, apesar de tudo que se tem feito para provar o contrário, é parte integrante e integrada do Ministério da Saúde. Diria que a integração já está feita; apenas é necessário que se utilize essa integração para o bom êxito dos programas. Lembraria ainda que o campo de estágio e preparo em serviço, na Funda-

ção SESP, está aberto a todas as instituições. Apenas para citar, estão em preparo, no momento, em Governador Valadares, treze inspetores de saneamento da Secretaria de Saúde da Bahia e dois da Prefeitura Municipal de Camaçari, onde se situa o pólo petroquímico. Em gestões anteriores, nós preparamos auxiliares de epidemiologia e até hoje estamos recebendo pessoal das escolas de enfermagem das universidades Católica e Federal da Bahia, em nossas unidades, para estágio em serviço, para treinamento por um período de 30 a 45 dias. Diria ainda, para terminar, que quanto ao fato de se deixar na platéia a idéia de que a Fundação SESP executa um programa PIASS rico, ser necessário, para chamar um serviço de caro, que houvesse uma comparação entre os custos iniciais e os custos finais, para, aí sim, comprovar se o PIASS/FSESP e rico ou se é apenas um PIASS que realmente vem empregando honesta e decentemente os seus recursos, para proporcionar um bom atendimento as áreas rurais.

O Deputado Ubaldo Dantas — Minha intenção foi deixar bem clara a mesma coisa em relação à Fundação SESP, inclusive o elogio a ela. Sou testemunha da qualidade e da eficiência de seus serviços, mas reconheço o alto custo dessa qualidade, que torna difícil sua adoção, mesmo como exemplo. Talvez até viesse a ser aplaudida a idéia de se seguir, nos próximos trinta anos, o modelo SESP. Mas onde conseguir os recursos para isso? A Fundação SESP justifica-se pelo seu próprio tamanho reduzido, não tendo crescido no espaço. E, se crescesse, seria uma contradição para o próprio Ministério da Saúde e, a esta altura, também para o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Um participante — Faço parte de um grupo de estudos que discute a participação comunitária nas ações básicas de saúde e, diante dessa adoção, ou extensão, dos serviços básicos de saúde, pergunto se não caberia nesta oportunidade discutir também a preparação de recursos humanos/população, que é justamente a que vai beneficiar, utilizar, participar e realizar essas ações simplificadas de saúde, a nível das comunidades rurais e das periferias dos pequenos e grandes centros urbanos. Isto porque, até agora, ouviu-se, em relação a preparação dos recursos humanos, o técnico. E parece-me que essas ações simplificadas de saúde seriam desenvolvidas a nível da comunidade, onde os técnicos atuantes se preocupariam em preparar asses recursos humanos/população que irão participar de uma forma consciente na realização e execução dos serviços básicos de saúde.

Um participante – Na verdade, foi dito na exposição que não era o nível técnico nem o de capacitação técnica o que nos preocupa. O que está se tentando definir é o perfil do profissional para o programa dos serviços básicos de saúde. E se enfatizou que víamos como aspecto principal ou como característica principal desses recursos humanos a sua capacidade de integração com as comunidades. Não estamos pensando em incorporar recursos da comunidade, gratuitamente, ao programa. Não é mão-de-obra gratuita que se quer. Quando se fala em participação da comunidade não é tanto a respeito da qualidade dos recursos humanos, mas sim da qualidade de participação, definição do programa, definição de serviços que atendam às necessidades identificadas pela própria população e avaliação dos programas desenvolvidos. Acho que ficou uma lacuna quando se falou no pessoal de nível médio e elementar, o qual não precisaria necessariamente ser vinculado ao serviço, mas que, atuando em saúde, recebesse também um respaldo da instituição oficial.

O Dr. Hélio Fraga — Não poderia ficar calado ao verificar que, nesta 7.ª Conferência Nacional de Saúde, se tratou de serviços básicos de saúde, sem que se tenha feito menção à mais nobre e importante experiência de saúde que existe e que é a da Fundação SESP e a do Serviço Nacional de Tuberculose.

Quero lembrar que a Fundação SESP está a comemorar 40 anos e que aqui está o Dr. Ernani Braga, que deu dez anos de sua vida à Fundação SESP. Se a Fundação SESP uma experiência da maior importância em áreas específicas do Brasil, gostaria de dizer que o Serviço Nacional de Tuberculose, cuja atuação foi lembrada aqui pelo Dr. Marlow, também vai para 40 anos e também tem atuado a nível nacional.

Na ocasião em que fui diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, de 1964 a 1969, foi introduzido um trabalho sobre tuberculose nas 155 unidades da FSESP, simplesmente através de uma integração, em que o Serviço Nacional de Tuberculose fornecia todo o **know-how e** a FSESP toda a infra-estrutura de que dispõe.

Queria dizer que existe neste País, no Rio Grande do Sul, um programa de tuberculose que é um dos melhores do mundo. Mas não se argua que é o Rio Grande do Sul, porque no Norte do País, em regiões das mais pobres, está sendo implantado um sistema de tratamento de curta duração que é uma conquista muito importante, do ponto de vista científico e social. Em nenhum país do mundo, exceto naqueles de dimensões pequenas, está se fazendo a implantação desse tratamento. Pois bem, por onde começou a implantação desse tratamento de curta duração, que tem a maior importância para este País, do ponto de vista sócio-econômico? Pela região Norte, nos estados do Ceará e do Piauí.

Portanto, são serviços que possuem há trinta anos a experiência de como se fazer trabalhos de integração, de como se trabalhar no meio brasileiro, levando-se em consideração a situação histórica do Brasil, sua evolução, a psicologia de seu povo, sua ecologia. Seria, então, o caso de se indagar: como se pode programar serviços básicos de saúde no Brasil sem lançar mão da experiência enorme que existe dentro do Ministério da Saúde e que está a sua disposição, inclusive sob o ponto de vista da organização? Permitam-me, pois, trazer este conhecimento para a assembléia, pois, não se pode ignorar o patrimônio de conhecimentos que existe neste País, a respeito desse tipo de trabalho, pois estaríamos deixando de incorporar a maior reserva de subsídios e de conhecimentos que existem entre nós.

O Dr. Frederico Simões Barbosa (Moderador) — Em primeiro lugar, estou extremamente satisfeito por coordenar esta reunião, lamentando apenas não ter havido mais tempo para as discussões. Quero mencionar alguns pontos que foram pouco tratados aqui e fazer um ligeiro resumo da reunião, porquanto tocamos em assuntos realmente importantes, como, por exemplo, a formação de pessoal em diferentes níveis. Outros assuntos foram debatidos ligeiramente, como o da formação do elemento mais primário da atenção, que é o chamado auxiliar de saúde, um nome aliás que não soa muito bem para definir o mais importante elemento da equipe de saúde e importante pelo número que vão constituir em todo o país.

Teremos, em 1980, cerca de 60 milhões de pessoas na área rural que, somadas com aquelas que vivem marginalizadas, não sómente geograficamente, mas socialmente, nas periferias das cidades e nas zonas urbanas, exigirão a formação de um número ainda desconhecido de auxiliares de saúde. De modo que sei que aqui se discutiu um problema muito importante, como o da readaptação de pessoas dispersas em áreas territoriais e que poderiam realmente atuar como auxiliares de saúde (fico empregando este nome enquanto não houver um outro melhor). Este é um assunto, então, que merecia uma análise muito particular. Chegamos até a discutir, talvez muito ligeiramente, a graduação e a pós-graduação em forma de residência, sendo que a pós-graduação formal, através de mestrados e doutorados, não chegou a ser debatida.

Mencionou-se aqui a ausência de um elemento do Ministério da Educação e Cultura, que poderia abordar melhor esses assuntos, mas tivemos uma conferência magnífica, a do Ministro Eduardo Portella, que tocou em aspectos bastante importantes dessa integração indispensável entre os serviços básicos de saúde e o Ministério da Educação, entre outros.

A legislação também é outro assunto extremamente importante para definir os novos profissionais de saúde. Temos de criar, efetivamente, novos profissionais de saúde, mas com um perfil completamente diferente daquele que conhecemos. A legislação, portanto, tem de sofrer modificações profundas, que permitam ao indivíduo de nível médio receber, conforme foi mencionado, atribuições especiais, dentro de seu perfil profissional.

A Fundação Oswaldo Cruz foi citada como órgão importante no conjunto da formação de recursos humanos para a saúde, a nível primário e em outros níveis.

Também há que se fazer profundas modificações nas universidades, não apenas simples modificação de currículo — há reformistas

inveterados que procuram reformar currículo mudando disciplina de lugar, etc., e alguns já foram até batizados de curriculomaníacos — mas, sim uma mudança profunda, atingindo a raiz do problema e identificando as questões de ordem social, de política econômica, de política de produção.

Acredito que estamos em um momento único da saúde brasileira e que jamais chegamos, como agora, à crista da onda. E não é modismo de um ministro ou de outro, nem uma atitude isolada ou de grupos, mas uma onda universal a que ninguém pode fugir.

Evidentemente, temos de investir em pesquisas operacionais de saúde e para isso vamos precisar de recursos humanos qualificados, com a importante visão de estudar modalidades de atenção; e são, esses professores que irão formar os outros indivíduos, os outros profissionais que deverão atuar ao nível de atenção, particularmente, no nosso caso, de atenção primária de saúde.

Chamo a atenção para o problema dos departamentos de medicina preventiva, que foram aqui mencionados como pouco privilegiados e que são, vale a pena que se acentue isto, até desprestigiados. Outro problema que é da maior importância é o que se refere a núcleos de iniciação, de experiência, de integração docente-assistencial. Gostaria de repassar rapidamente sobre isto, mostrando que o papel da universidade não tem sido — é preciso que se diga com franqueza — o de agente de mudança. A universidade sempre se colocou alheia, acima de tudo isso; sempre se colocou numa situação de elitismo essencial, vivendo acima dos problemas, enquanto que os serviços sempre tiveram contato com as comunidades. Parece-me que o mais importante, conforme foi definido num documento recente elaborado por um grupo de peritos, por solicitação do excelentíssimo senhor Ministro da Previdência, a respeito da regionalização dos serviços na região de influência de Brasília, é que se defina uma área de integração docente-assistencial. Definida esta área e dada a responsabilidade a cada universidade, a cada escola médica, de atuar nesse sistema, teremos então a nossa universidade, que é aquela que vai atuar no teatro da vida, na própria comunidade. Só assim poderemos realmente integrar os serviços com o aparelho formador.

Quero lembrar também que não é a universidade o único órgão formador de recursos humanos. As atribuições dos institutos devem ser bem definidas, assim como o problema da reciclagem do ensino continuado e da aprendizagem em serviço. Fiquei surpreso ao ouvir aqui que 70 por cento da formação de auxiliares de enfermagem e atendentes é feita através da educação informal, e nós não podemos desprezar esta experiência. Evidentemente, o papel da comunidade, desde o planejamento do serviço até sua participação efetiva, é da maior importância na integração docente-assistencial.

Gostaria de responder a uma pergunta feita pelo Dr. Carlos Gentile de Mello, especificamente sobre a formação de médicos generalistas. É evidente que os cuidados primários de saúde implicam na formação de uma equipe completa de saúde, integrada também com outras áreas, como a das ciências sociais, a da educação, a da agricultura, etc. É muito importante que todos esses setores se mobilizem para a formação das equipes que vão atuar nas áreas de saúde, e eu diria que, apesar de já há muitos anos se falar em médico generalista, isso nunca foi feito, ou porque nunca modificamos nossas raízes ou porque viemos atuando através de raízes tradicionais oriundas da Europa, conforme foi mencionado aqui quando se fez o histórico da situação da saúde no Brasil. Nós criamos toda uma sociedade que é um modelo da sociedade européia e com influências marcantes da situação americana, com todas as suas conseqüências e inconseqüências. Tudo isso fez com que o mercado de trabalho viesse a funcionar em torno desse sistema que aí está.

A mudança, portanto, se fará lentamente, ou menos lentamente, ou mais rapidamente, mas se fará, porque acredito que essa vaga mundial é incontrolável e os cuidados primários de atenção à saúde são um mecanismo muito importante para se processar está mudança. Sei que haverá reações claras ou dissimuladas contra esse propósito, e sei que haverá reações visando a deturpar o sentido da atenção primária. Alguém, inclusive, mencionou que a iniciativa privada já está chegando

a esse campo, que se poderá, talvez, amanhã, definir como Atenção Primária S. A.

Parece-me que outro problema importante aqui levantado é o da atenção primária de saúde isoladamente. Sozinha, e se não se articular realmente com os níveis de atenção secundária e terciária, ela ficará um pouco capenga. Mas acho que ela é primária e é primeira também, no sentido de que se comece pela atenção primária, porque realmente vai envolver a grande massa da população brasileira e propiciar uma experiência bastante longa. Vamos depender da formação de recursos humanos, que exige tempo e que, evidentemente, para um país como o nosso, é realmente muito curto. Por isso, temos de ingresse nesse campo o mais rapidamente possível. Congratulo-me com esta Conferência Nacional de Saúde porque pela primeira vez foi focalizado assunto da maior importância e, além do mais, por ter sido isso especificamente designado, o que mostra o interesse dos órgãos oficiais, do governo, dos ministros e outras autoridades que aqui compareceram no sentido de tornar realidade a atenção primária a saúde. Este assunto, como era de se esperar, tão bem apresentado pelos painelistas, suscitou indagações da maior importância e da maior oportunidade. Quero também me congratular com todos os presentes pela liberdade e cordialidade com que foram tratados assuntos de tal complexidade e sujeitos a tanta polêmica. Espero que nos encontremos brevemente, em outras reuniões que serão absolutamente necessárias para a condução desse processo que, a meu ver, virá trazer novas perspectivas para a saúde no País.

O Dr. Germano Mostardeiro Bonow (Presidente) — Para complementar e encerrar esta reunião, gostaria de dizer ao Professor Fraga que em nosso estado, o Rio Grande do Sul, os serviços de saúde vêm sendo organizados e desenvolvidos há alguns anos baseados na experiência dos dois serviços por ele citados, que são a Fundação SESP e o Serviço Nacional de Tuberculose.

Gostaria também de expressar de públi co a nossa preocupação com a formação de médicos generalistas, e acreditamos que cabe a nós, instituições que empregam esses profissionais, que exijam cada vez mais, para o ingresso nessas instituições, que os colegas sejam generalistas. Creio que o mercado de trabalho será um dos fatores que deverão regular esse tipo de profissional.

Gostaria também de dizer da satisfação que temos pelo trabalho conjunto dos dois ministérios, Previdência e Assistência Social e Saúde, o que faz com que nós, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, consigamos manter, dentro dos nossos quadros, os profissionais generalistas e que também possamos vir a ter cargos de carreira dentro da nossa secretaria, que permitam o acesso dos profissionais da área de saúde a cargos mais elevados.

O que norteia também a nossa secretaria e os nossos serviços é o fato de que não vigora dentro da nossa instituição — e não vigorará — o pagamento por prestação de serviço. Digo também agora, e gostaria de deixar como mensagem aos participantes da Conferência, preocupações nossas, que dirigimos secretarias, sobre dois assuntos especificamente relacionados com os trabalhos de secretarias de saúde. Um deles é que me parece que nem todos os colegas sanitaristas e profissionais de saúde pública pensam de uma forma idêntica e conceituam da mesma maneira o que são serviços básicos de saúde, o que é atenção primária de saúde. Também gostaria de mencionar que uma das preocupações em nosso estado tem sido a de que um dirigente de um dos serviços de saúde não seja só o responsável pela unidade, pelo posto, mas sim pela saúde da população a qual está ligado esse posto, pela saúde da comunidade.

E, ao encerrar, em nome da comissão organizadora, gostaria de agradecer ao Dr. Frederico Simões Barbosa pela moderação deste painel, a Dra. Lia Fanuck, a Dra. Lígia Paim, ao Dr. João Carlos Serra e ao Dr. Harri Graeff e, em especial, aos participantes, pela paciência com que nos ouviram. Muito obrigado.

RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE DEBATES

SUBTEMA N.° 1

Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas

Grupos 1, 2 e 3

Facilitadores:

Ermengarda de Faria Alvim

José Aires de Castro

Sérgio Piola

Relator:

Jorge Ossanai

1 — CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os três grupos analisaram inicialmente as características e níveis de desenvolvimento do processo de regionalização e constataram que este se encontra em fases bastante diversas e apresentam características diferentes nas várias regiões e também de acordo com as instituições.

Em alguns locais e instituições trata-se apenas de uma divisão formal de áreas, em outras já há desconcentração de atividades administrativa e em outras há início de delegação do processo decisório para níveis regionais e finalmente umas mais avançadas já apresentam início de hierarquização de serviços.

Todos os componentes dos grupos concordaram que a regionalização de serviços em seu sentido mais abrangente é imprescindível para a expansão de cobertura.

O grupo procurou basear-se nos documentos oficiais e na vivência de seus participantes para identificar as dificuldades previsíveis na fase de operacionalização do sistema proposto, para em uma segunda etapa discutir o significado da organização regionalizada, identificando condicionamentos favoráveis e os principais fatores adversos e sugerindo, quando possível, soluções para suplantá-los.

Um dos grupos julgou conveniente realizar uma análise global da proposição apresentada e chegou a seguinte apreciação que constitui o capítulo seguinte.

2 — A PROPOSIÇÃO GLOBAL — ANÁLISE DE UM DOS GRUPOS

A dificuldade inicialmente manifestada pelo grupo foi a da possibilidade efetiva de transformar a intenção claramente explicitada nos documentos e discursos oficiais em prática efetiva, pré-requisito indispensável para o desenvolvimento do processo de extensão de cobertura através de um sistema hierarquizado de atendimento baseado em cuidados primários de saúde como porta de entrada.

A resistência a mudança, comportamento natural esperado, em todo processo de transformação, no caso do novo sistema pode manifestar-se em vários níveis. M. em suas bases, a comunidade, se não lhe for dada a devida participação desde as primeiras etapas do planejamento, poderá não aceitar os serviços simplificados e provavelmente não observará as áreas adstritas a cada unidade, podendo ocorrer a busca de serviços hierarquicamente diferenciados. A comunidade com conhecimento dos princípios será recurso indispensável no disciplinamento do uso dos recursos.

Profissionais privados, em particular a classe médica, poderão reagir a estatização das ações básicas de saúde. Além disso, através da dupla militância, poderão triar pacientes para a rede privada, provocando, no somatório de suas ações, aumento de gastos em saúde acima dos níveis compatíveis com a situação econômica da comunidade.

Nos estados em que a rede hospitalar pertence a iniciativa privada existirá a dificuldade de se oportunizar os níveis secundários e terciários de tratamento, criando-se descrédito do nível primário e do sistema como um todo, o que já está ocorrendo nas áreas onde o PIASS vem sendo implantado.

A nível das instituições surgirão resistências a alteração de normas formais e de com-

portamentos institucionais com os quais os servidores estão identificados.

Causa preocupação ao grupo a tendência manifesta de se estender à cobertura através de redes de unidades de propriedade de diferentes instituições, o que poderá dificultar a unidade programática.

A coordenação geral atribuída as secretárias estaduais de saúde nas suas respectivas áreas é reconhecida pelo grupo como desejável. No entanto, será muito difícil deslocar as decisões do setor privado para o setor público e, dentro deste, da instituição previdenciária, que detém o controle do comportamento geral dos serviços de saúde, para as secretarias de saúde.

Além disso, as condições básicas para a melhoria da saúde dependem das condições gerais de vida, como habitação, alimentação e educação. 0 grupo considera que as instituições do setor saúde não possuem condições de liderança política para coordenar outros setores.

Causou impacto e preocupação a declaração, atribuída ao presidente do INAMPS, de credenciamento geral dos médicos e o seu pronunciamento no painel, admitindo que a mais viável das soluções para a situação financeira daquela instituição é o seguro-saúde compulsório. Estas medidas elitizantes e privatizantes são conceitualmente conflitantes com a política apresentada. O grupo acredita que o sistema de saúde evoluirá de acordo com a tendência do INAMPS.

Os gastos de saúde continuarão crescentes e desordenados enquanto perdurar o pagamento por ato realizado.

O financiamento da rede básica é encarado pelo grupo como fator indispensável mas não suficiente.

O sistema não pode ficar a mercê de prováveis renovações de convênios de transferência de recursos. O grupo julgou necessária a alocação direta de recursos orçamentários ao Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde.

O grupo considera que não é possível modificar o sistema sem alterar esses pontos fundamentais.

3 — FATORES ADVERSOS

Há resistência em delegar poder do nível central para o regional, pois, se por um lado é necessário que a região tenha representatividade política da população que abrange, por outro lado isso pode vir a constituir-se em competição política indesejável.

Um dos grupos considera como dificuldade os fatores negativos advindos das corporações industriais produtoras de medicamentos e de equipamentos. O mesmo grupo considerou a pressão dos grupos privados que se constituem nas indústrias da doença como fator interveniente no processo de regionalização.

A falta de unidade do setor de saúde, cuja característica básica é a multiplicidade de órgãos com superposição de programas e lacunas de atenção é, ao mesmo tempo, causa da criação do sistema e um dos principais fatores adversos.

A existência de política tributária excessivamente centralizadora, que retira grandes recursos dos estados e municípios, enfraquece as estruturas locais e cria burocracia e entraves no repasse da arrecadação aos poderes estaduais e municipais, atuando aparentemente como se fosse de modo paternal.

A existência de diferentes sistemas de regionalização em cada nível de governo e em cada instituição, com características e finalidades diversas, cria obstáculos para a unificação do planejamento e execução de serviços.

A política de financiamento dos organismos do setor saúde utilizada até há pouco tempo, que privilegia as instituições privadas e os serviços de hospitalização, causa detrimento do próprio setor público e da rede básica.

Um dos grupos manifestou preocupação em ver efetivada a política proclamada por conter princípios legítimos que constituem aspiração antiga dos trabalhadores de saúde, mas que, infelizmente, foram transformados em jargões já bastante desgastados por não apresentarem resultados práticos, caindo, por isso, no descrédito.

4 — RECOMENDAÇÕES

O grupo decidiu apoiar o documento apre-

sentado à Conferência — **Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos —** seja em seus aspectos doutrinários, seja no que tange aos programáticos, endossando, desse modo, o conceito de serviços básicos, expedido no referido documento. Quanto ao conceito de regionalização o grupo fez seu aquele que diz: "E um processo de descentralização, com o objetivo de hierarquizar, disciplinar e operar uma rede de serviços de saúde, sob a forma de complexidade crescente, de acordo com as necessidades da população."

O grupo considera que, a partir de agora, há várias indicações da existência de um real desejo de regionalizar, haja vista a postura dos dois ministérios que se constituem em peças-chave do sistema, cabendo, portanto, aos demais componentes desse mesmo sistema apoiar, decididamente, as novas intenções, as novas propostas e as medidas já adotadas.

Considerou-se, também, que uma nova consciência sanitária está surgindo, o que facilitaria definirem-se os serviços básicos como prioritários e tornar universalmente acessíveis estes serviços à população.

De acordo com o aprovado pelo grupo, a regionalização somente terá sentido quando implantada para cumprir um plano, envolvendo todas as instituições e respeitando as características culturais das populações, o que implica em integrar, realmente, capacidade instalada, recursos humanos e recursos financeiros.

Por fim, o grupo considerou importantes os seguintes aspectos:

- implantar as comissões estaduais de que fala o Aviso Ministerial, compondo estas comissões não apenas os ministérios da Saúde e da Previdência, mas outras instituições que atuem no setor, quer diretamente, quer indiretamente, como repassadoras de recursos financeiros;

- criar comissões semelhantes para cada região administrativa;

Criar, junto a essas comissões, que pelo seu caráter são político-deliberativas, comissões técnicas que executem atividades de planejamento, de acompanhamento e de avaliação, comissões essas que alimentariam o nível decisório. Tais comissões técnicas encarregar-se-iam de elaborar programas de saúde de nível regional e de nível estadual, integrando as programações específicas de cada instituição, devendo esses organismos ser instalados de imediato;

- fortalecer as secretarias estaduais de saúde, de vez que elas devem funcionar como cabeça do sistema;

- colocar o Ministério da Saúde na posição, fundamentalmente, de organismo normativo e financiador;

- fortalecer as estruturas municipais;

- reformular a política tributária, objetivando viabilizar as estruturas estaduais e municipais;

- fortalecer os organismos de desenvolvimento regional (SUDENE, SUDAM, etc.);

- desenvolver esforços no sentido de que serviços, programas e atividades, hoje a cargo do nível federal, venham a ser absorvidos pelos níveis estaduais e municipais;

- reverter às prioridades, quanto aos gastos com investimentos e com manutenção, para os serviços que atendem às populações sob maiores riscos de adoecer e de morrer, para as populações do campo e das áreas sub-normais das cidades;

- reverter o fluxo dos financiamentos com utilização de convênios globais, de modo a dar prioridade ao setor público;

- definir, com precisão, as competências dos diversos níveis (federal, estadual, municipal);

- estabelecer maior articulação entre o setor saúde e os demais setores sociais;

- repassar recursos financeiros, através de convênios globais, para aquelas prefeituras que evidenciem capacidade gerencial;

- atribuir à rede básica caráter polivalente (preventivo-curativo), a ela possibilitando o aumento da cobertura e a universalização da clientela, aplicando novas tecnologias e novos conhecimentos, estruturando-se esta rede em níveis de complexidade crescente;

- aumentar a oferta de serviços através da diminuição do grau de ociosidade dos mesmos;

- reciclar o pessoal das diversas instituições para que possa superar um tipo de comportamento;

• dar maior autonomia financeira às regiões administrativas, para que possam gerir seus recursos.

Para que haja uma efetiva regionalização é imprescindível que todas as instituições, pelo menos no que se refere ao atendimento primário em serviços básicos de saúde, eliminem a distinção de classes de usuários, considerando todos como única população-alvo. Dois dos grupos consideraram que esta universalidade deve ser aplicada a todos os níveis de atendimento.

Mesmo que não haja necessidade de financiamento, um dos grupos recomendou que haja supervisão do poder público para condicionar o investimento ao planejamento pré-estabelecido.

O grupo crê que o processo de regionalização e hierarquização deve esforçar-se em dar plena utilização aos recursos existentes.

Para que haja regionalização e organização adequada, é necessário identificar a capacidade instalada e definir a complexidade de assistência por regionais de saúde. Para tanto é imprescindível uma reorganização das secretarias estaduais, órgão coordenador para promover um planejamento que conte efetivamente com a participação de outras instituições do setor público e com participação de representação comunitária.

De posse do planejamento regionalizado, dois grupos julgaram necessário que haja mecanismos de interferência das secretarias de saúde, associadas aos ministérios, nos órgãos financiadores de investimentos setoriais (internos e externos) para que se cumpra o planejamento feito, e que esta interferência possa se fazer no âmbito das instituições públicas e privadas.

Denunciando a existência de uma entrada de tecnologias sofisticadas, que interferem danosamente na hierarquização, o grupo considerou imprescidível que os setores públicos e universitários mantenham serviços próprios, com tecnologia assistencial de ponta ocupando parte do vértice da pirâmide assistencial, a fim de que o setor público possa bem cumprir o seu papel de dar assistência direta ou através de serviços particulares, com equilíbrio de incorporação tecnológica e de custo.

O grupo crê que é imprescindível criar estímulos e incentivos de toda ordem para um mínimo de fixação e atuação eficaz dos profissionais de saúde no nível da rede de atenção primária. O grupo considerou recomendável que a progressão funcional dos recursos humanos obedeça também ao fluxo hierárquico de complexidade crescente, com entrada nas unidades mais simples, pois assim abrem-se oportunidades de promoção, que é um estímulo necessário. A progressão descrita garante também a autoridade real técnica dos supervisores sobre os supervisados. O grupo considerou inadequada a entrada direta de profissionais recém-formados no nível central, sem prática de campo.

A participação comunitária, que foi considerada indispensável, deverá assumir características novas, pois é necessário que a comunidade assimile e aceite a política, participe das decisões e funcione como recurso humano adicional indispensável, principalmente para a identificação de problemas e para observância dos sistemas de referência. A falta de tradição participativa da comunidade e das instituições em todos os setores é fator adverso considerável.

Há necessidade de um sistema de informações unificado, transinstitucional, que atenda não só as funções administrativas de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação, mas que atenda também ao acompanhamento do paciente ao longo do processo de referência e contra-referência.

Diferenças de dados coletados e de sistemas de processamento, consolidação e utilização de informações constituem-se em barreiras, principalmente se for considerado que, independente de sua qualidade, conferem ao administrador o grau de segurança que cada instituição julga necessário. A tendência a sofisticação e ao excesso de dados poderá decorrer do resultado de justaposições ao invés de integração.

A avaliação dos vários aspectos do programa, desde as atividades e comportamento da comunidade até a eficácia, relevância e impacto dos mesmos, e a eficiência das instituições por grupos representativos locais e regionais, embora necessária, não será fácil de ser implatada, por falta de tradição, de conhecimento e, talvez, por resistência institucional mas foi considerada indispensável ao processo.

Um dos grupos aconselhou que a importação de material sofisticado deve sofrer um controle eficaz, de modo a impedir que entidades públicas e privadas o adquiram de maneira imprópria, ineficaz ou excessiva.

O grupo espera que seja repudiada a participação de multinacionais no sistema médico-hospitalar assistencial em qualquer de seus níveis.

Um dos grupos achou imprescindível a verdadeira e completa assunção do comando da rede pública prestadora de serviços de saúde pelo Estado, e que seu planejamento e operacionalização, tanto quanto a sua real utilização, se submetam unicamente ao interesse do setor, sob condução e liderança das secretarias estaduais de saúde

Embora não esteja relacionado ao tema, um dos grupos julgou oportuna a manifestação em plenário de repúdio ao comportamento do Dr. Albert Sabin e de apoio ao Senhor Ministro da Saúde no episódio relacionado à consultoria que aquele cientista ofereceu ao Ministério da Saúde, por julgar o projeto, como proposto pelo cientista, falho, devido a erros metodológicos.

SUBTEMA N.° 2

Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — o PLANASA e o Saneamento Simplificado

Grupo 14

Facilitadores:

Antonio Rodrigues Ribeiro

Szachna Eliasz Cynamon

Jader Amora de Assis Republicano

José Agenor Álvares da Silva

Relator:

Humberto Macário de Brito

Os serviços de saneamento básico e habitação não se constituem apenas um bem de saúde para o homem. Eles se traduzem em direito inarredável adquirido desde a sua concepção.

Julgamos que compete ao ESTADO encampar esta grave responsabilidade social, que reconhecemos de solução extremamente difícil. Não sob a forma do paternalismo condenável e viciado, mas proporcionando aos residentes na periferia das cidades, em aglomerados infectos de favelas, ou aqueles dispersos nas vastíssimas áreas rurais de nosso país, os meios, as condições mínimas necessárias, para que, em primeiro lugar, sobrevivam, e depois para que conquistem, com o seu próprio esforço, nos limites estreitos do seu poder aquisitivo consensual, recursos para residir em moradia dotada de condições sanitárias e ecológicas compatíveis com as necessidades primárias do homem e de sua dignidade pessoal.

Convicção existe de que somente uma apoiar o governo, através da contribuição financeira dos nossos encargos sociais, através de sugestões inteligentes, da crítica austera e construtiva e oportuna.

Convicção existe de que somente uma distribuição equânime da renda nacional, o maior poder aquisitivo dos brasileiros e a maior oferta de empregos, que implicariam em mudanças espontâneas, é que poderão determinar condições sociais de razoável padrão e de estabilidade. Todavia, os problemas têm que ser levantados e atacados, seja pelo governo, seja pela sociedade, pelas classes, que não podem fugir ao imperativo de sua contribuição, muitas vezes definitiva, para problemas específicos. Omissão deliberada não é omissão! É crime contra a nossa consciência e a realidade nacional.

O mundo e as regiões, as cidades e os bairros, os grupos, as famílias e as pessoas tornam-se, a cada dia, mais interdependentes, quanto ao exame dos benefícios coletivos, às dificuldades progressivas da vida e ao uso dos bens de consumo em geral, de tal sorte que deviam ser mais solidárias, melhor identificadas, na construção de uma sociedade afetiva, altruística, humanizada, participando, pelos meios a seu alcance, da montagem destas pré-condições ambientais da infra-estrutura de saúde (água, saneamento, habitação...), tão necessárias ao nascimento, ao crescimento, à produtividade e até a morte do brasileiro, acima dos 50 anos. . .

Dentre esses **insumos** da saúde, portanto, a água potável se nos afigura como prioridade número um, desde quando participa do mecanismo de todos os demais. Sua oferta, no mundo, às zonas urbanas, fica na ordem de 70%, e, no Brasil, em 50%. Para a zona rural, estamos abaixo de 20% da população, no mundo, destacando-se que não será exagero afirmar que, em 50% das comunidades rurais brasileiras, essa taxa descerá a zero. Isto é, água potável, que não veicule vírus ou bactérias, ovos ou larvas, detritos orgânicos ou os poluentes químicos mais diversos.

Mediante, pois, esta visão global do tema — Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — o PLANASA e o Saneamento Simplificado — o grupo de debates, atendendo a pontos de vista e filosofia de todos seus componentes faz as seguintes proposições:

- Prioridade absoluta à produção e oferta de água potável, desvinculada da preocupação dominante de retorno.
- Obrigatoriedade da instalação de abastecimento de água, na ocasião da construção de postos e centros de saúde.
- Sejam criados serviços de abastecimento de água potável, sob a responsabilidade do governo, em todos os aglomerados humanos, de qualquer porte, e dimensionados de acordo com a sua população.
- Que a sua **distribuição** seja, prioritariamente, em redes domiciliares.
- Que ditas redes tenham sua construção gratuita, quanto a material e mão-de-obra, quando se tratar de pessoal economicamente carente.
- Quanto ao **fornecimento** da água o grupo se divide em duas alas:
  - a primeira, que obedece à tarifa social, ajustada a cada realidade local;
  - a segunda, que seja totalmente gratuita, considerando-se o baixíssimo poder aquisitivo das populações em causa, reconhecido **a priori** o mérito do benefício proporcionado.
- Que o próprio governo, nos seus programas de colonização, dote as propriedades da estrutura sanitária indispensável, em qualquer região do país.
- Seja instituído empréstimo direto, através da rede bancária oficial, a pequenas propriedades rurais, para construção ou melhorias habitacionais e de saneamento básico, sob critérios regionais a serem estabelecidos, a juros especiais, compatíveis com a singularidade do investimento em saúde.
- Que se condicionem os empréstimos agro-pecuários, em geral, concedidos pelos bancos oficiais, a existência na propriedade de uma estrutura sanitária mínima padronizada, junto às residências dos proprietários e dos moradores, conforme proposição da Bahia.
- Que se recomende aos órgãos de desenvolvimento regional destinarem percentual para aplicação na melhoria ou construção de habitações rurais.
- Que o Fundo Nacional de Saneamento seja agilizado, com prioridade, para o atendimento dos aglomerados de pequeno porte.
- Que se recomende aos órgãos estaduais e federais de planejamento regional e local estudo antecipado, quanto ao crescimento físico das cidades interioranas e distritos, quanto à fonte de viabilidade de abastecimento de água e quanto ao destino adequado de dejetos e remoção de lixo.
- Que se promova, por todos os meios, administrativos e técnicos, o combate à poluição do meio ambiente, destacadamente de rios, lagoas e outros reservatórios de água.
- Propiciar às secretarias de saúde dos estados meios de criarem uma estrutura mínima de Engenharia Sanitária, capaz do planejamento, assessoramento e controle sanitário de obras e serviços.
- Que, para o desempenho desses misteres, deva existir perfeito entrosamento entre médicos e engenheiros sanitaristas, sob a égide de um perfeito espírito de equipe.
- Que a integração de todos os órgãos com responsabilidade na área social, desde o piano federal, estadual, municipal até aos órgãos setoriais, se constitua, realmente, em objetivo urgente e indispensável para a ação programática, financeira e da prestação de serviços, a nível de execução.
- Sugere que, com relação ao problema habitacional, seja considerada a opinião do

usuário, respeitando-se, tanto quanto possível, os traços culturais da coletividade.

• Que sejam desenvolvidos trabalhos educativos, junto às pequenas comunidades, com referência à ordenação urbana, com o objetivo de facilitar a implantação de equipamentos sanitários e a higiene das habitações.

• Que se programe plano de educação para a saúde – predominantemente para escolares – com obrigatoriedade curricular e ênfase especial para o saneamento básico, habitação, água, procurando formar melhores hábitos e mudar a mentalidade dominante.

Este relatório deixa de aludir aos problemas de habitação e saneamento dos grandes centros urbanos, por considerá-los fora dos limites do tema examinado pelo grupo.

O grupo considerou da maior relevância o pronunciamento do Senhor Ministro do Interior, quanto ao engajamento do PLANASA no Sistema Nacional de Saúde e quanto à vontade expressa de articulação com o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, augurando que os graves problemas nacionais de saneamento urbano e rural possam ter solução definitiva, para benefício das populações marginalizadas, contribuindo, desta forma, para o bem-estar de todo o povo brasileiro.

SUBTEMA N.º 3

Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde

Grupos 7 e 8

Facilitadores:

Adalberto Corrêa Café

Jairnilson Paim

Maria Aglaie Bandeira da Costa

Cláudio José Allgayer

Relator:

Léa Ferreira Camillo Coura

O grupo, após a identificação de cada um de seus participantes e eleitos o coordenador e o relator, decidiu estabelecer uma agenda para a execução de suas atividades, baseada nos seguintes pontos:

1) Apresentação, pelos integrantes, de suas vivências em relação à problemática a ser debatida.

2) Discussão da conceituação básica expressa na documentação fornecida.

3) Estabelecimento de tópicos a serem focalizados com maior profundidade, a fim de trazer uma real contribuição ao tema que se propõe debater

4) Apresentação de propostas.

5) Considerações finais.

1 – APRESENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS

Foram relatados pelos participantes as suas experiências e os problemas encontrados nas tentativas de levar a termo suas realizações.

2 – DISCUSSÃO DA CONCEITUAÇÃO BÁSICA

Após amplo debate, decidiu-se, por consenso, ser válida a conceituação de serviços básicos de saúde, na sua abrangência, referida na conferência do Dr. Carlyle Guerra de Macedo e apresentada na página 5 do documento **Proposição de Diretrizes do Ministério da Saúde – Versão Preliminar**, e que toda a discussão tomaria como referência esta conceituação.

Recomendou-se, a seguir, de modo a facilitar a dinâmica do grupo e dar um maior rendimento ao trabalho, que os participantes evitassem agir como técnicos altamente especializados em suas áreas específicas de atuação.

3 – ESTABELECIMENTO DE TÓPICOS RELEVANTES

Procurou-se fazer aflorar, através de discussão franca, os obstáculos e limitações que, na atual conjuntura, interferem na plena implantação do programa de serviços básicos de saúde, bem como os elementos propiciadores ao programa.

Tentar-se-á através do reconhecimento destes fatores, ainda que sumário, estabelecer

propostas que serão explicitadas no item 4, visando a formular: **a**) políticas voltadas para formação de recursos humanos para serviços básicos de saúde; **b**) estratégias operacionais para a formação de recursos humanos na área.

A análise destes diversos fatores, no atual sistema de saúde do país, vai-nos permitir estabelecer algumas definições de políticas, a nível de governo e a nível de instituições, e os mecanismos (ou meios) necessários à sua consecução.

Considera-se, ainda, que o desenvolvimento de recursos humanos permeia toda a comunidade e que toda a população é, em potencial, recurso humano de saúde, dedicando uma especial atenção à valorização do pessoal do sistema tradicional de saúde, a par do formal, inserindo-o no Sistema Nacional de Saúde.

3. 1 – FATORES LIMITANTES

Merecem destaques alguns pontos identificados como relevantes e que tendem a obstar, em maior ou menor grau, o programa de saúde a ser implementado:

3. 1. 1 – Política previdenciária vigente no País, pela qual grande parte dos recursos financeiros é destinada ao pagamento de serviços prestados pela rede privada, dificultando sobremodo a implantação do programa, ao lado de uma distorção do tipo de atividade, voltada principalmente para níveis de atendimento que não o primário, bem como a proposta de estabelecimento do seguro-saúde (reflexo na política nacional de saúde).

3.1.2 – Diversidade de instituições que interferem na formação e na prática das atividades, sem o inter-relacionamento desejado (reflexo nas políticas institucionais).

3. 1. 3 – Falta de escalonamento de prioridades em relação à formação de pessoal para atuar na área de saúde, especialmente em serviços básicos (reflexo na política nacional de educação).

3.1.4 – Carência de recursos financeiros nas diversas áreas, limitando até mesmo a extensão de programas pioneiros, como o PIASS, com conseqüente evasão do pessoal comprometido e falência parcial do processo, culminando com a falta de recursos diretamente vinculados à saúde (reflexos na política econômica).

3. 1. 5 – Pressão gerada pelas diversas instituições e grupos sociais envolvidos, se modificadas as estruturas de saúde atuais (reflexo na política social).

3. 1. 6 – Diferentes níveis de exigências nas áreas urbanas (metropolitanas, em especial) e rurais, levando a diferentes técnicas de abordagem das comunidades, quer daquelas carentes, das periferias urbanas e das zonas rurais – com suas características culturais próprias, regionais e locais – a quem o programa prioritariamente se destina, quer as próprias comunidades urbanas que, direta ou indiretamente, serão atingidas pela implantação do programa (reflexo na política social).

3. 2 – FATORES FACILITADORES

Como aspectos positivos, certamente agilizadores do programa, devem ser destacados:

3. 2. 1 – A carta de intenções, expressa na palavra do Excelentíssimo Senhor Presidente da República e nas Diretrizes do Ministério da Saúde, sugerindo que, na política governamental em curso, a implantação do Programa de Extensão de Saúde Através de Serviços Básicos é meta prioritária.

3.2.2 – O compromisso dos ministérios integrantes do Sistema Nacional de Saúde, expresso pela presença e pela palavra dos respectivos ministros de Estado.

3.2.3 – Projetos existentes, a nível interministerial, para ação comunitária a ser realizada com a participação de estudantes universitários e outros.

3.2.4 – Programas isolados de integração docente-assistencial, com o apoio de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, INAMPS e de outras instituições governamentais e privadas.

3.2. 5 – Tentativas isoladas de regionalização de serviços de saúde, através de algumas secretarias de estado de saúde, visando a disciplinar a rede de serviços de saúde oferecidos à população em termos de uma necessidade crescente determinada pela demanda.

3. 2. 6 – Programas de atendimento da população a nível primário, com mobilização

e participação comunitárias, apoiados por secretarias de saúde, universidades ou outras instituições.

3.2.7 – Tendência, na atual conjuntura nacional, em favorecer, através de medidas nas diversas áreas – incentivos agrícolas, colonização, incentivo à criação de cidades de porte médio – a fixação do homem ao campo.

3.2.8 – Atitude ativa dos estudantes de nível superior, especialmente das áreas de ciências da saúde e sociais, em promover, participar e avaliar programas de saúde com mobilização comunitária, no anseio legítimo de levar saúde e bem-estar às populações mais carentes.

3.2.9 – Mobilização dos grupos sociais organizados em torno de mudanças nas condições de saúde e nos próprios serviços de saúde.

4 – APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS

4.1 – POLÍTICA VISANDO A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Serão apresentadas algumas diretrizes que deverão orientar a política nacional no sentido de permitir a real implantação do programa.

4. 1. 1 – Política institucional adequada ao programa, com articulação efetiva dos diversos setores envolvidos e definição de suas atribuições: integração racionalizada.

4.1.2 – Política nacional de educação adaptada às realidades nacional e regionais, favorecendo o conhecimento, em todos os níveis de ensino, das necessidades básicas de saúde.

4.1.3 – Política econômica, estabelecendo: a) prioridade para as áreas de saúde e educação, bens primários de um povo que se deseja participante do processo de desenvolvimento; b) responsabilidade do financiamento do programa pelos diversos órgãos e instituições envolvidos e alocação de recursos definidos para o setor saúde; c) política salarial justa, calcada na realidade econômica e social, para os profissionais de saúde em todos os seus níveis.

4. 1. 4 – Política social visando à mobilização dos grupos sociais no sentido do reconhecimento de seus problemas e necessidades em saúde, da sua participação na proposição de soluções e na avaliação dos resultados atingidos.

4. 1. 5 – Política nacional de saúde, evitando multiplicidade descoordenada de ações de saúde que levam ao emprego inadequado dos recursos existentes e, em conseqüência, à falência dos programas a serem estabelecidos, e estabelecendo as reais prioridades no setor.

4. 2 – ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS

Serão relacionadas algumas linhas de ação destinadas a facilitar a execução das diretrizes mencionadas no item anterior. Estas estratégias operacionais, se implantadas, certamente servirão de verdadeiro suporte à execução e permitirão a continuidade do programa na sua plenitude.

4.2. 1 – Fortalecimento de núcleos de formação de recursos humanos a nível central, quer federal, estadual ou municipal, e a nível das universidades, especialmente nos departamentos de medicina preventiva e/ou social e de saúde pública, com garantia de maior articulação entre o aparelho formador e o utilizador.

4. 2. 2 – Implementação dos programas de integração docente-assistencial já existentes e oferta de oportunidades para expansão da experiência.

4. 2. 3 – Implementação do ensino profissionalizante voltado para as realidades regionais, a nível de 1.º e 2.º graus, sem as distorções e equívocos já hoje diagnosticados.

4. 2. 4 – Formação, absorção e regulamentação, pela ação conjunta dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura e Trabalho, em caráter de urgência, de profissionais de nível médio e elementar, indispensáveis ao atendimento do programa e, mais que isso, às necessidades de um país em desenvolvimento.

4.2. 5 – Formação de pessoal auxiliar de saúde (agentes de saúde), através de recrutamento nas próprias áreas de desenvolvimento dos programas, com definição precisa dos critérios para seleção, através de participação da comunidade interessada no programa, a fim de assegurar a sua identificação com a popula-

ção, e, em conseqüência, maior comprometimento. Absorção do agente auxiliar de saúde através de processo de estruturação da carreira de cargos e empregos, possibilitando sua inserção, permanência e progressão funcional, com remuneração condigna.

4.2.6 – Treinamento em serviço de acordo com as respectivas atribuições no programa, quer para graduados, não graduados e pessoal sem escolarização formal; quando inevitável o treinamento fora da área programática, obrigatoriedade de vinculá-lo ao retorno para a área, de modo a permitir a utilização dos beneficiados como agentes multiplicadores dos conhecimentos adquiridos, tornando o processo menos oneroso e mais dinâmico.

4.2. 7 – Estímulo à implantação de programas de informação científica e tecnológica para a saúde, devidamente hierarquizados e integrados, e que sejam relevantes para a adequada implementação dos serviços básicos de saúde e, particularmente, para a formação de recursos humanos em todos os níveis.

4.2. 8 – Estímulo à participação comunitária, através de educação participante, permitindo a seleção natural de seus próprios líderes e agentes de ligação no programa, respeitados ao máximo os seus valores culturais, suas crenças, e aproveitada, sempre que possível, sua **medicina popular**, destacando-se a importância da professora primária no processo.

4.2. 9 – Participação crescente, continuada e racionalizada dos universitários nos serviços básicos de saúde, levando-os a conhecer, refletir e atuar sobre as condições reais de vida e saúde do povo.

4.2.10 – Incentivo à prática multiprofissional sem diferenças de **status** determinadas pela diversificada formação dos integrantes do programa, de modo a torná-lo eficiente e permitir sua continuidade.

4.2.11 – Reorientação da política de ensino superior, procurando adaptá-la às realidades regionais – sem descurar do conhecimento da problemática global do país – voltando-a para a formação mais geral, reservando as especialidades para o nível de pós-graduação.

4.2. 12 – Supervisão dos programas, através de educação continuada, de modo a garantir a manutenção de seu fluxo e a permitir a sua permanente atualização; este processo de educação continuada deve ser preferentemente realizado por equipe multiprofissional.

4.2. 13 – Racionalização e melhor aproveitamento visando à maior eficiência, dos recursos humanos e materiais já existentes para a execução do programa, mediante entendimentos entre as secretarias estaduais e as instituições que operam no setor saúde em benefício da comunidade.

4.2.14 – Reorganização dos serviços de saúde no sentido de facilitar o processo de regionalização, com hierarquização de serviços baseada nas necessidades da população.

4.2. 15 – Alocação definida de recursos financeiros para o setor saúde e especificamente para o programa no âmbito dos ministérios comprometidos, com garantia de repasse às secretarias e outras instituições.

4. 2. 16 – Atribuição, a cada instituição envolvida com o programa, de suas responsabilidades e de seu grau de compromisso, não só a nível de recursos humanos como de recursos materiais, aqui incluindo as dotações orçamentárias de cada uma para destinação específica.

4. 2. 17 – Política salarial adequada, considerados os diferentes níveis de atuação e profissionais, garantindo o estímulo à participação de todos no programa e, em conseqüência, a sua viabilidade.

5 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

O grupo acredita que a implantação dos serviços básicos de saúde, na forma de sua proposição, é uma proposta há muito almejada por setores significativos dos que militam na área da saúde. Todavia, reconhece inúmeros obstáculos à sua efetivação, na medida em que podem, potencialmente, contrariar interesses objetivos e materiais que caracterizam o atual modelo dominante de prestação de serviços de saúde no país, e, para superá-los, entende como fundamental a participação ampla e democrática de grupos organizados da sociedade civil.

Considera da maior importância para a consecução e o êxito do programa o compromisso real – não só o formal – de todas as instituições envolvidas.

Considera relevantes e imprescindíveis a mobilização e a participação comunitárias para o bom êxito dos objetivos propostos.

Confia plenamente em que a Nação brasileira, com a premência necessária, saberá honrar os compromissos assumidos nesta 7.ª Conferência Nacional de Saúde, norteada pelos princípios básicos da democracia e da justiça social.

SUBTEMA N.º 4

Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde

Grupo 9

Facilitadores:

Eric Jenner Rosas

Isabel Santos

Roberto Passos Nogueira

Teresinha Alberina do Patrocínio

Relator:

João Baptista Magro Filho

O grupo entendeu ser necessário identificar em primeiro lugar as características essenciais e os problemas comuns dos serviços básicos de saúde, tendo para isto se referido ao tema central – Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos – apresentado pelo Dr. Carlyle Macedo. Discutindo a partir da prática dos componentes do grupo e deste referencial teórico, encontrou-se um modelo de serviço que está consubstanciado na proposta PIASS, mas que deve ter algumas questões melhor esclarecidas.

1 – A rede de serviços básicos, que inclui os níveis ambulatoriais (módulos básicos) responsáveis pelo primeiro atendimento à população, deve necessariamente incluir os níveis mais complexos de atenção, no caso, hospitais regionais, propiciando às pessoas condições de intervenções mais especializadas.

2 – Nestes níveis mais complexos, os hospitais universitários (nas regiões em que já existam) deverão tornar-se a referência do sistema regional de cuidados primários, propiciando, além dos serviços, aprendizado aos estudantes do setor saúde nos seus diversos níveis.

3 – Torna-se importante que sejam buscadas melhorias para o referenciamento de pacientes no sistema. Constata-se que, enquanto nas áreas urbanas ocorrem referenciamentos exagerados, diminuindo a produtividade dos cuidados primários, nas áreas interioranas a incapacidade de referir é uma realidade no dia a dia dos serviços.

4 – Os atuais serviços já em pleno funcionamento nos vários estados vêm apresentando limitações seríssimas no tocante à sua capacidade resolutiva dos problemas. Como ficou evidenciado em diversos momentos desta 7.ª Conferência Nacional de Saúde, torna-se imperativo, urgente, estabelecer condições infra-estruturais que permitam uma constância, uma continuidade do trabalho, sem o que as necessidades populares, cada dia maiores, não estarão sendo respondidas. Esta questão, no entender do grupo, deve ser prontamente assumida pelos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social e INAMPS, buscando estabelecer uma política de produção de vacinas, medicamentos e equipamentos básicos a nível estatal.

5 – Historicamente neste país os profissionais de saúde tiveram uma remuneração salarial aquém da real dedicação que demonstram para com a saúde de nossa população. Os atuais salários são insuficientes, tornando-se imperiosa a execução de níveis salariais mais elevados e de mesmo valor nos diversos estados da Federação. Além disso, as diferenças internas às instituições – no tocante aos funcionários regidos pela CLT e os de regime estatutário – e as diferenças salariais entre instituições como INAMPS e secretarias estaduais de saúde demonstram na prática que por tempos iguais de trabalhos os tetos salariais são extremamente diferentes, gerando constante insatisfação. Esses desníveis salariais são causa também da intensa rotatividade do pessoal, especialmente auxiliares, levando à perda de treinamento e óbvia diminuição da resolução dos problemas da população. Assim,

á criação de um plano de cargos e salarios que permita condições de crescimento nos diversos níveis, que estabeleça salários coerentes com a tarefa desempenhada e que seja semelhante em todos os estados, é condição imperiosa no presente momento. Este plano deverá: 1) privilegiar, coerente com o discurso de prioritização dos serviços básicos, os profissionais que estejam inseridos nos níveis periféricos de cuidados primários, remunerando-os com salários superiores; 2) estabelecer contratos em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

6 – Os atuais convênios de integração entre as secretarias de saúde e o INAMPS deverão ser estendidos a todos os estados, e os reajustes anuais deverão ser automaticamente assegurados, acompanhando os níveis inflacionários. Os recursos repassados às secretarias pelo INAMPS, na decorrência de convênios, deverão ser proporcionais às necessidades sanitárias do estado e não à sua arrecadação. Além disso, nos planos operativos estaduais devem ser previstos recursos a serem alocados nos módulos básicos, a fim de permitir-lhes autonomia local e meios de supervisão entre centro de saúde e postos de saúde.

No tocante a esta integração (secretarias-INAMPS), as instituições deverão adotar uma regionalização comum no. estado (se possível acompanhando a divisão geoeconômica), universalizar a clientela e estabelecer um referenciamento comum de pacientes. O INAMPS deverá buscar uma forma de remuneração que, ao contrário de pagar pelo tipo de equipamento utilizado no ato médico, remunere o profissional e sua qualidade de serviço. Além disso, coerentes com a proposta de descentralização administrativa e de poder nas instituições, recomenda-se que, a nível do INAMPS, haja maior poder de decisão, maior delegação de competência às suas superintendências regionais e destas às suas agências, gerando maior autonomia a nível dos estados. As secretarias, por sua vez, devem realizar sua descentralização não só administrativamente, mas constituindo cada centro regional de saúde como unidade orçamentária, delegando poder de decisão.

7 – As faculdades de formação de recursos humanos em saúde deverão identificar nos serviços básicos a essência de conteúdos principais na formação de seus estudantes, e deverão integrar-se aos serviços na forma de uma integração docente-assistencial desde os primeiros períodos escolares. Os profissionais de nível médio e elementar deverão ser treinados a nível dos regionais, que utilizarão os mecanismos de legalização já existentes no setor educacional.

Do exposto, fica evidenciado que as condições e características de trabalho aqui relacionadas serão determinantes no trabalho do supervisor. A supervisão, portanto, é uma atividade que permeia todos os níveis, todos os procedimentos, toda a existência dos serviços e é impossível discuti-la sem ir conhecer a realidade de saúde e de serviços que a determinará.

Aqui pensamos no que queremos ver realizado em termos de política sanitária em nosso país; se neste instante nossas instituições mostram-se extremamente dificultadas, achamos que deverão ser modificadas tornando-se mais participativas. Os entraves, as dificuldades já detectadas e apontadas por muitos, não poderão obstaculizar que alcancemos nossos objetivos.

No grupo vários itens foram levantados para discussão sobre o tema: Qual o conceito de supervisão? Para que? Qual a sua finalidade? Para quem? Quem deve fazê-la? Quando deve ser feita? Como deve ser feita? Ela deve ser aumentada ou diminuída? Deve ser uma atividade de todos ou é uma função específica? Deve ser especializada ou polivalente, integrada? Qual formação deve ter o supervisor? Qual sua remuneração? Quais os instrumentos da supervisão?

Surgiram, portanto, as questões mais variadas, mas se achou importante esclarecer antes de tudo qual filosofia deve orientar a supervisão.

Lembramos com razoável facilidade que o exercício da supervisão vinha sendo instrumento da vontade de alguns que, a partir de um centro único, vertical, baixavam regras, normas, objetivos, tarefas, metas, a um punhado de gente que, atônita, não sabia o que fazer. A partir de teorias várias, a supervisão era entendida enquanto controle, mando, fiscalização de atividades e de pessoas.

No entanto, rejeitando estas postulações antigas, para o grupo, supervisão é um meio

motivador, um processo pedagógico participativo, que por ser criativo elabora no relacionamento uma hipótese, um novo caminho, uma compreensão do ato exigido pela população.

Ao supervisor, e a depender dos momentos que estiver vivenciando na comunidade e na instituição, se pedirá que, ao contrário de levar – via organização – o centro à periferia, realize o objetivo muito maior de trazer do que levar. Mesmo quando uma tarefa técnica é exigida, a apreensão da norma pelo supervisor não deve significar que ele não saiba ouvir o real, o que lhe está sendo dito pelo supervisionado e que pode mesmo ser a antinorma.

Nem sempre uma resposta é a que o supervisor dará, mas deverá facilitar seu encontro e acreditar em quem está lhe indagando. Assim, ao buscar interferir menos, o supervisor deverá ajustar não a população à organização, mas sim esta às necessidades populares. Mas esta tarefa é tarefa de supervisores? Aqui se encontra um ponto-chave na compreensão do problema supervisão. Entendemos supervisão enquanto atividade e função de todos os que trabalham numa instituição, estejam em quaisquer níveis da mesma.

Os trabalhadores de um centro de saúde devem supervisionar os postos de saúde componentes do módulo básico; os trabalhadores dos centros regionais devem supervisionar os módulos básicos. Mas esta tarefa é comum a todos. Na medida em que assim não é realizado, o supervisor hipertrofia-se e, assumindo um cargo, distancia-se do serviço e de seu contato diário com tarefas comuns. Portanto, esta concepção de supervisão tem determinações fundamentais a nível da prática dos serviços, que deverão ter menos elementos no cargo de supervisão exclusiva e mais trabalhadores inseridos no dia a dia da unidade, do centro regional, a quem se acrescenta a atividade de supervisionar.

Acreditamos que haja uma tarefa específica para ser exercida por um profissional supervisor, principalmente nos níveis mais complexos dos setores básicos de saúde, onde a instância burocrática está mais presente. Para esta tarefa específica o supervisor deverá ser treinado e, sempre que possível, ele deverá ser um elemento já existente no serviço, proveniente do nível que será supervisionado.

Acreditamos que um elemento novo pode vir a desempenhar muito bem a função solicitada, mas consideramos que o funcionário deve ser preferido, sendo estimulado pelas novas exigências; por outro lado, se a experiência não é suficiente para estabelecermos o conhecimento, ela é necessária. A supervisão exigida nos diferentes níveis terá obviamente ações de planejamento, programação, que serão específicas a cada nível; no entanto estas ações devem ser do conhecimento de todos e não só do supervisor. Ele se torna assim instrumento; isto fica claro se relacionamos a supervisão com a questão da descentralização.

Se um programa é descentralizado ou não, isto terá reflexos no ato de supervisionar, mas este ato deverá ser um auxílio à proposta de descentralização que está inserida no modelo dos setores básicos de saúde; portanto, um instrumento no sentido da descentralização.

Neste caminho é preciso que o supervisor tenha poder decisório para resolver problemas a ele trazidos e que, antes de tudo, participe nas decisôes a serem tomadas. Um exemplo destas necessidades é a prática de planejamento, programação e orçamentação a nível local, que tem como necessidade a delegação de competência aos trabalhadores e supervisores de determinarem a programação e verem-na obedecida dentro da realidade local.

Adequar os objetivos e estratégias adotados pela instituição às necessidades da população; exercer procedimentos para assegurar a necessária compatibilização dos dados e participar na capacitação de recursos humanos é função de supervisão. Mas não só de uma pessoa específica – o supervisor. Esses conhecimentos, essas análises, devem ser transferidos, reelaborados, recriados por todos.

Com relação à educação continuada em saúde, o grupo entende ser esta uma atividade inserida no processo da supervisão, ou seja, supervisão é uma constante pedagogia. No entanto, a educação continuada vai além e é, portanto, dirigida ao supervisor também; ela, enquanto exerce a elaboração de coateúdos técnicos, pedagógicos para os diversos níveis e setores dos serviços básicos de saúde, tem sua especificidade e importância.

Na sua execução, papel importante cumprirão as universidades enquanto se articularem com os serviços e criarem um programa

de educação continuada em saúde voltada para todos os níveis dos serviços básicos de saúde.

Foi importante para o grupo ver quais têm sido as demandas atuais dos supervisores e o que as pessoas que formaram este grupo tinham inicialmente como necessidade de discussão. Os anseios de como fazer, que instrumentos utilizar, quais as técnicas existentes, não foram respondidos diretamente, e a estas indagações respondeu-se com o já exposto no anterior e com uma conclusão que ao surgir no grupo deixou clara a questão supervisão. Embora a discussão do tipo de supervisão realizada, suas características, etc. seja importante, a questão principal a ser debatida não é a supervisão aberta ou não, vertical ou não. A questão primeira é saber como a instituição se manifesta, como se expressam nela os anseios dos profissionais, como os diferentes grupos populacionais dizem sua voz na instituição, orientando seu caminho. Assim, é necessário não confundir o vertical com o autoritarismo, a norma com a imposição.

Se conseguirmos tornar nossas instituições – e em nosso caso as instituições do setor saúde – participativas, abertas à discussão e às mudanças, enfim, democráticas; se todos os setores populacionais puderem influir no momento das decisões, as normas, metas, recomendações, emanadas para os supervisores e serviços, serão fruto da decisão da maioria e, portanto, serão assumidas normalmente, diminuindo em muito a questão da supervisão. Esta continuará com seu papel pedagógico, mas numa nova dinâmica, subordinada à decisão democrática que lhe deve dar sustentáculo.

SUBTEMA N.º 5

Responsabilidades e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados

Grupos 4 e 5

Facilitadores:

Antônio Carlos de Azevedo

Hésio Cordeiro Nildo Aguiar

Relatores:

Rubens da Silveira Brito (grupo 4)

Alceu Fontana Pacheco Júnior (grupo 5)

RELATORIO DO GRUPO 4

Reunido sob a coordenação do Dr. José Agripino Mendes, tendo como relator o Dr. Rubens da Silveira Britto, presentes 16 profissionais, cujos nomes constam da respectiva lista de presença, o primeiro a se manifestar foi o Dr. Aloysio Pereira Lima que, tendo em conta a experiência da Secretaria de Saúde da Paraíba, de que é titular, se referiu à necessidade imprescindível de entrosamento, de integração (tanto no planejamento, quanto na execução e também na avaliação) entre as entidades que desempenham ações de saúde. Embora no seu estado haja entendimento franco entre a Secretaria de Saúde, a Fundação SESP e o MPAS, há entraves a vencer, problemas a resolver, não somente junto ao quadro técnico profissional, para que se compenetre das responsabilidades que lhe cabem, como também no que se refere à liberação de recursos federais, às vezes ocorrida ao final do exercício. Em resumo, ele assim colocou os seus argumentos:

a) analisar a experiência do PIASS, cuja integração ainda deixa a desejar (por exemplo, material permanente, interferência do FUNRURAL) ;

b) significado de integração – planejamento, execução e avaliação conjunta, para responsabilidade conjunta de êxitos e fracassos

– complementariedade de ações – hierarquia de serviços – criação de sistema de referências regionalizado;

c) melhor definição das responsabilidades nas esferas federal, estadual e municipal – criação de mecanismos de cobrança;

d) interferência de questões políticas na consolidação do sistema PIASS (por exemplo, FUNRURAL).

O Dr. Renato Botto Dantas abordou a significação da Portaria Interministerial n.º 5,

de 11/3/80, assinada pelos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a qual cria a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e com a qual são definidos critérios para articular a ação dos dois ministérios, a nível das unidades da Federação. Houve debates sobre o assunto, de que participaram os Drs. Flavio Luis Amorim Wiener, José Alberto Hermógenes de Souza e Eduardo Augusto Pereira Braga. Foi abordada por este último a inconveniência dos convênios globais, que não permitem ou não proporcionam condições de fiscalização e avaliação dos serviços executados.

O Dr. José Alberto Hermógenes de Souza levantou questão ligada ao INAMPS, sobre supostas preferências concedidas à rede particular de hospitais, em detrimento da rede básica, nos contratos de serviços. O Dr. Flavio Wiener deu esclarecimentos sobre o assunto, inclusive afirmando que, dentro do orçamento de 3,8 bilhões que o INAMPS reserva em 1980 para o setor, 1,8 bilhões estão destinados ao PIASS. Aliás, disse que o orçamento geral do INAMPS para 1980, que atinge 145,6 bilhões, representa aumento de cerca de 45% em relação ao de 1979. Frisou que o próprio ministro já anunciou a meta de construir 1 000 novas unidades básicas em lugares desprovidos de recursos médico-sanitários.

Os Drs. Hésio de Albuquerque Cordeiro, Marcos Antonio Aranha de Macedo, Elisabeth Barros e Orlando José de Paiva Onofre debateram aspectos ligados aos convênios globais, inclusive esquemas de controle e avaliação articulados com as secretarias de saúde, além da conveniência de serem criadas restrições, cada vez maiores, aos critérios do sistema de US. Foram também sugeridas, para utilização da plena capacidade do setor público, as seguintes medidas:

1) suspender o andamento de qualquer processo para novos credenciamentos no setor privado para prestação de serviços básicos;

2) programação integrada a nível estadual que articule os recursos e as atividades do setor público, nessa área;

3) atendimento prioritário dos hospitais da Previdência, do Ministério da Saúde e dos hospitais universitários.

Na reunião da tarde, os Drs. Hésio Cordeiro, Renato Botto Dantas, Olmar Sales de Lima, Raynero Maroja e José Agripino Mendes entretiveram novos debates em torno dos objetivos da Portaria Interministerial n.º 5, sendo enfatizada a necessidade de descentralização de decisões, de modo a permitir quanto possível o fluxo de atividades, sem delongas ocasionadas pela prévia tramitação a nível central.

Na reunião da manhã do dia seguinte, o Dr. Marcos Antonio Aranha de Macedo lembrou a conveniência de ser cobrada das secretarias de saúde, das delegacias federais de saúde e das superintendências regionais do INAMPS a efetiva regionalização dos serviços, já que isso não ocorre em vários estados.

O Dr. Orlando José de Paiva Onofre realçou a necessidade de fortalecer a regionalização onde já existir e de implantá-la com a recomendação de fazê-lo concomitantemente com as instituições envolvidas no sistema.

O Dr. Flavio Wiener esclareceu que apenas cinco estados já fizeram isso, dado que, não raro, injunções políticas perturbam as iniciativas nesse sentido.

O Dr. Marcos Antonio Aranha de Macedo sugeriu que se faça a regionalização por áreas, sempre coincidentes nas esferas administrativas, já que essa medida representa o ponto de partida para tudo o mais.

O Dr. Olmar Sales de Lima ressaltou a necessidade do poder de decisão ficar a nível regional, entrando nos debates os Drs. Flavio Wiener, Marcos Aranha Macedo, José Agripina Mendes e Hésio Cordeiro, todos a emprestar ênfase à agilização e compatibilização das medidas a tomar. Foi lembrado, também, que o programa de regionalização procure evitar a criação de novos cargos ou adaptações muito complexas, que demandam procedimentos administrativos e financeiros demorados.

A Dra. Suzana Esther Badino lembrou que os entendimentos talvez possam ocorrer a nível de cúpula, para abreviar a regionalização comum, dentro do espírito de integração que caracteriza o momento. O Dr. Renato Botto Dantas recorda, porém, que, em alguns estados, já se acham constituídas as comissões recomendadas pelo Aviso Interministerial n.º 492 oriundo dos dois ministérios.

O Dr. José Alberto Hermógenes aventou a hipótese do modelo PAM ser transformado em modelo centro de saúde, com uniformização das ações, o que redundaria em novo modelo interinstitucional de operação, na opinião do Dr. Hésio Cordeiro. Participaram dos debates nesse sentido os Drs. Eduardo Braga, José Agripino Mendes, Elisabeth Barros e Flavio Wiener.

De tudo ficou que o grupo 4 tem como indicações a fazer, após movimentados debates sobre o tema Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal) – Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados, os seguintes itens:

I – Apoio irrestrito aos objetivos da Portaria Interministerial n.º 5, de 11/3/1980, dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

II – Sugerir como aspectos prioritários a serem considerados pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) :

1) descentralização do processo decisório para, levadas em conta as peculiaridades regionais e locais, serem agilizadas as providências de indicação imediata;

2) racionalização para utilizar a capacidade instalada da rede pública, com vistas a aumentar o seu rendimento;

3) celebração de convênios com a rede particular somente após saturação da capacidade da rede pública;

4) desaconselhar o pagamento por US;

5) estabelecer esquemas prioritários para os hospitais públicos, aí incluídos os de ensino;

6) uniformização, simplificação e integração dos sistemas de informação de saúde;

7) utilização do instrumento planejamento como mecanismo de articulação entre as instituições integrantes do sistema;

8) sugere-se que a articulação a nível municipal fique na alçada das comissões de que trata o Aviso Interministerial n.º 492;

9) sugerem-se normas uniformes de supervisão e avaliação, de preferência a serem cumpridas em ação conjugada.

RELATÓRIO DO GRUPO 5

CONCLUSÕES

• Constituição de representação estadual composta pelos órgãos envolvidos na prestação dos serviços de saúde, com presidência do secretário de saúde do estado. Tal representação deve ter poder consultivo e deliberativo.

Os municípios que tiverem condições de integrar as ações terão, obrigatoriamente, de participar das decisões relacionadas com sua jurisdição.

• Deve ser desenvolvida uma política no sentido de dotar um número cada vez maior de municípios com capacidade de ação para administrar serviços básicos de saúde (PREV-SAÚDE), porta de entrada do sistema.

• Devem partir de um órgão central (CIPLAN) diretrizes de procedimentos padronizados, a serem seguidas pela representação estadual. Caberá à representação estadual a adequação dos procedimentos às características regionais.

• Para acompanhamento formal e técnico do PREV-SAÚDE, recomenda-se a utilização do sistema de computação da DATAPREV.

O Ministério da Saúde deve formular a política nacional de saúde, prevista na Lei n.º 6. 229/75, a fim de facilitar a articulação interinstitucional dos órgãos componentes do Sistema Nacional de Saúde.

A nível federal, a articulação interinstitucional deve ser direta, por intermédio da CIPLAN.

Na implementação do Sistema Nacional de Saúde, deve ser descaracterizada a vinculação das ações de saúde de interesse coletivo como atribuição exclusiva do Ministério da Saúde e as de atendimento médico-assistencial individualizado como do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Deve ser dinamizada a articulação entre os Ministérios da Saúde, Interior, Previdência e Assistência Social, Agricultura, Trabalho, Educação e Cultura e governos estaduais, a fim de que seja cumprida a Lei n.º 6. 229, de 17/7/1975, no que se refere à competência normativa do Sistema Nacional de Saúde, setor de saúde ambiental.

● Sugerir ao Ministério do Interior a reativação do Conselho Pleno, previsto na Lei n.° 5.318, de 26/9/1967, a fim de dinamizar a Política Nacional de Saneamento, a vista do Código Nacional de Saúde, regulamentado pelo Decreto n.° 49.974-A, de 21/1/1961, ainda em vigor, e da Lei n.° 6.229, de 17/7/1975.

SUBTEMA Nº 6

Alimentação e Nutrição e os

Serviços Básicos de Saúde

Grupo 10

Facilitadores:

Antonio Oswaldo Nunes Coutinho

Ana Pelliano

João Batista Lima Filho

Relator:

Sebastião Loureiro

Na abordagem do tema proposto, o grupo de debates partiu do referencial teórico exposto no subitem 2 ("Aspectos doutrinários") do documento **Proposição de Diretrizes** do Ministério da Saúde.

O grupo aceita a premissa de que o processo social de saúde a parte inseparável do processo social global. Dentro desta perspectiva e que se procurou fazer uma analise mais abrangente das ações possíveis na área de nutrição e alimentação, visando as populações carentes, para que as propostas e sugestões apresentadas pelo grupo fossem coerentes com o quadro teórico tornado para analise. Não se procurou fazer uma distinção entre política de nutrição e política de alimentação, como sugere o documento, devido ao caráter inter-dependente dos dois aspectos, embora se reconheça a maior facilidade operacional desta divisão. A analise destas políticas deve com preencher desde a produção ate a distribuição final, incorporando os aspectos de intermedia-ção (armazenagem, processamento e controle de qualidade, entre outros).

O grupo percebeu, entretanto, a ênfase maior dada no momento atual ao programa de suplementação alimentar e privilegiou este subprograma na sua análise. Dentro desta análise mais globalizante, verifica-se que estes programas preenchem funções específicas da política do Estado, embora muitas vezes estas funções não apareçam de forma explícita.

Entretanto, a análise revela que estas políticas, quando privilegiam a distribuição de alimentos industrializados as populações carentes, podem provocar fortes distorções no sistema produtivo, privilegiando o setor secundário e fortalecendo ainda mais as grandes empresas da indústria de alimentação, reforçando o processo de acumulação e de concentração de renda, coerente com o modelo econômico vigente. Preenche também este programa funções políticas no sentido de reforço dos mecanismos de poder político com que se investem as autoridades administrativas locais e regionais. Finalmente, satisfaz as necessidades ideológicas na medida em que estas políticas de caráter compensatório, como a distribuição de alimentos, funcionam como atenuador de tensões, provocadas pelas desigualdades sociais ou dívida social acumulada, como já foi mencionado nesta Conferência. Em virtude desta análise, o grupo considera que este programa de suplementação alimentar só pode ser inserido organicamente nos serviços básicos de saúde como medida de emergência, de caráter excepcional, aplicado apenas em zonas onde se detectem situações de maior gravidade. Deve-se, objetivamente, criar mecanismos visando a corrigir estas distorções econômicas e sociais, privilegiando uma política voltada para a produção, distribuição e comercialização dos alimentos básicos, como única forma de atender efetivamente a população carente, considerada em torno de 60% da população brasileira.

Dentro desta óptica, o grupo encara como medida mais acertada o incentivo à produção dos alimentos básicos por pequenos agricultores, incentivando a criação de cooperativas e mecanismos de garantia de compra e de preços mais remuneradores da produção, através da COBAL. Neste sentido, os programas oficiais de suplementação devem ser vistos como um

mercado adicional de alimentos, funcionando como um instrumento capaz de incentivar organizar o sistema de produção e distribuição de alimentos. Para que este mercado institucional tenha uma dimensão capaz de cumprir este objetivo, os programas desenvolvidos pelos diversos ministérios devem obedecer a uma sistemática única de atuação, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação Nutrição (INAN). Assim, deve ser instituído também um fundo de recursos, destinado ac Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em volume superior ao que vem sendo tradicionalmente alocado, gerido pelo INAN sujeito à aprovação do Conselho de Desenvolvimento Social.

Reconhece-se que a recente tendência da penetração em larga escala de capital no setor primário da produção, voltado para a agricultura de exportação ou de alternativas energéticas, poderá obviar a necessidade de se criarem paralelamente mecanismos de estímulo à produção de alimentos básicos. 0 grupo sugere a limitação de áreas para preservação da pequena agricultura voltada para a produção de alimentos básicos, reconhecendo os: problemas de imigração ocasionados pela lavoura intensiva, com emprego da moderna tecnologia, o que resultará no aumento da população carente nas periferias urbanas.

Mesmo emergencialmente integrados ao: serviços básicos de saúde, esses programas de suplementação alimentar devem obedecer características que sejam coerentes com os: pressupostos teóricos apresentados pelo Ministério da Saúde.

Dentro desta óptica é analisado o conceito de participação comunitária. 0 grupo reconhece a tendência destes programas especiais a utilizarem abstratamente o conceito de participação comunitária como um modismo ou a organizarem grupos da população pare apenas legitimar sua atuação. Discute-se o conceito de comunidade, entendida aqui como a população permanente ou episodicamente excluída do processo produtivo, ou com baixa remuneração (operários, comerciários, etc.) gerados historicamente pelo modelo econômico e social.

Para uma efetiva participação comunitária seria necessário investigar, reconhecer respeitar as maneiras informais das diversas associações existentes ou emergentes nas zonas periféricas dos grandes centros urbanos e zonas rurais . O grupo sugere que esta participação deverá incluir a interferência da comunidade no planejamento e execução dos programas, inclusive a modificação de normas técnicas e operativas. Os elementos do aparelho prestador de serviços de saúde deverão se colocar como apoio técnico na procura de soluções dos problemas destes segmentos populacionais.

Discute-se também a validade destes alimentos serem distribuídos exclusivamente pelos serviços de saúde, o que em algumas experiências tem demonstrado ser o motivo principal da retração dos participantes.

Neste sentido recomenda-se a implementação de formas alternativas á distribuição gratuita, incluindo programas de abastecimento de **alimentos básicos**, a preços reduzidos, nas áreas de maior concentração de população carente, através da rede de pequenos varejistas locais.

Sugere-se ainda que os programas sejam implantados, supervisionados e analisados com a participação das organizações comunitários, a fim de que estas os sintam como uma conquista própria e acompanhem de perto o seu desenvolvimento. Reconhece-se a necessidade de preparar o pessoal dos serviços básicos de saúde para estimular as formas emergentes de organização dos usuários que certamente tenderão a apresentar de forma mais afirmativa as suas críticas, sugestões e reivindicações em relação ao programa.

Discute-se a necessidade de um maior conhecimento, atitudes e práticas alimentares. Neste contexto reconhece-se o papel de formador e a manipulação que exercem os meios de comunicação de massa nos hábitos alimentares da população. O apelo ao consumo de alimentos mistificados quanto ao seu valor nutritivo deve ser objeto de legislação disciplinadora. Por outro lado, a agressividade da publicidade de produtos comestíveis, tendo como alvo as crianças, constitui, no mínimo, um abuso e desrespeito aos seus direitos. Em contrapartida, as campanhas de educação alimentar são feitas, em geral, em

níveis não competitivos com as empresas de alimentação e carecem de maior aprofundamento para que alcancem um mínimo de eficácia. Neste sentido sugere-se a contribuição das universidades na elaboração de pesquisas que atendam estas necessidades.

A influências da publicidade de produtos alimentícios faz-se sentir de maneira especial na mudança de comportamento quanto ao processo de aleitamento. É constatado o incremento do aleitamento artificial e as repercussões negativas deste processo na nutrição da criança. Sugere-se o aumento do período legal de licença para o aleitamento materno, o respeito à legislação de obrigatoriedade de creches nos locais de trabalho, e a desativação de berçários nas maternidades.

Ainda em relação à legislação, debateu-se a necessidade de serem montados esquemas de vigilância nutricional permanente, incluindo a fiscalização de qualidade dos alimentos, quanto ao seu valor nutritivo, contaminação química e biológica, assim como estudos sobre a situação nutricional da população.Deve-se estimular as investigações epidemiológicas neste sentido e, também, quanto aos aspectos das perdas ocorridas entre a produção e o consumo de alimentos. Neste contexto discutiu-se o preparo de recursos humanos na área de nutrição, privilegiando a inclusão de técnicas que satisfaçam estas necessidades, assim como a experiência prática ao nível das comunidades. É reconhecida também a necessidade da discussão das políticas de saúde, em especial a de nutrição.

Considerou-se a integração institucional essencial para corrigir distorções neste programas. A multiplicidade de agências participantes, com diferentes diretrizes e estratégias, influencia negativamente não só a operação como a avaliação dos programas de suplementação alimentar, quanto aos seus resultados finais. No que diz respeito ao setor saúde, a criação de um sistema unificado de saúde aumentaria a **performance** dos programas.

O grupo considerou uma questão essencial a flexibilidade operativa dos programas, respeitando as características demográficas, culturais, ecológicas e econômicas das suas diversas áreas de atuação, permitindo, assim, a inclusão de experiências e sugestões das comunidades, que visam ao aperfeiçoamento do programa.

Em conclusão, o grupo considera como pontos determinantes de uma nova diretriz para o desenvolvimento de uma política de nutrição e alimentação a organização não somente da população participante dos programas, no sentido de influenciar estas diretrizes, mas também a organização dos trabalhadores em saúde pública, no sentido de valorizar a sua prática para que sirvam apenas aos interesses da população carente de saúde, com quem temos o compromisso de resgatar esta dívida histórica, resultante de uma relação assimétrica de direitos políticos, sociais e econômicos.

SUBTEMA Nº 7

Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde

Grupo 15

Facilitadores:

Sérgio Pereira

João Audifax César de Albuquerque

Relator:

Fernando Molinos Pires Filho

O grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto à participação da odontologia nos serviços básicos de saúde considerou importante deixar registrado que se constitui esta a primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e se enseja de forma específica a discussão sobre a contribuição da odontologia num programa nacional de saúde.

Julgou o grupo que o registro deveria ser feito e ganha sentido quando se leva em conta que à odontologia tem-se atribuído um cunho ou caráter de especialidade dentro das ciências médicas e que isto automática e desavisadamente tem induzido a se crer que é muito difícil, quando não impeditiva, sua participação nos programas de saúde pública.

Ressaltou-se que esta adjetivação de especialidade, se válida, para explicar a evolução da profissão odontológica a partir da medicina, não deve servir, no entender do grupo, como argumento para reforçar mecanismos contrários à sua não participação ou participação desintegrada em um programa baseado em atenção primária à saúde. O grupo considerou que a odontologia tem um papel definido a cumprir dentro de um programa dessa natureza.

Entende por outro lado não ser conveniente estruturar de forma à parte um subprograma de atenção odontológica primária, mas oportuno, isto sim, caracterizar somente **em que, como** e **onde** deve ela se integrar ao programa geral de atenção primária que se deseja implantar no País.

No encaminhamento desta questão, o grupo considerou necessário ressaltar as defasagens existentes entre o atual modelo de prática e assistência odontológicas e as características desejáveis e intrínsecas, em nível conceitual, estratégico e operacional, a um programa de saúde baseado em atenção primária.

Achou o grupo que este diagnóstico comparativo não só permite visualizar a natureza e o grau das dificuldades que se terá de enfrentar, como orienta, em linhas gerais, as medidas que se farão necessárias adotar para de forma efetiva implementar a participação da odontologia nas novas diretrizes que deverão ser definidas na abordagem da problemática de saúde do País.

Neste sentido, concluiu o grupo que existe entre a atual forma de prática e organização do modelo assistencial odontológico e os princípios que orientam a filosofia de atenção primária um abismo muito grande. Haja vista que o atual modelo de prática e assistência odontológicas caracteriza-se, em traços gerais, pela:

INEFICÁCIA — Na medida em que não responde a resolução ou redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população.

INEFICIÊNCIA — Uma vez que a de alto custo e baixissímo rendimento.

DESCOORDENACÃO — Decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto a nível normativo quanto operacional.

MÁ DISTRIBUICÃO — Uma vez que as unidades prestadoras de serviço se localizam nos pólos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigadas a buscar sistemas alternativos de atenção.

BAIXA COBERTURA — Na medida em que não consegue dar assistência nem a demanda espontânea, quanto mais àquela que e a mais significativa e que não chega a ser efetiva.

ALTA COMPLEXIDADE — Uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada.

ENFOQUE CURATIVO — Em razão do abandono a que relega o emprego de métodos preventivos hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enorme eficácia e eficiência.

CARÁTER MERCANTILISTA — Na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços.

CARATER MONOPOLISTA — Que se traduz na resistência a transferência de conhecimentos e à sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o principio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências medicas.

INADEQUACÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS — Que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por

procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço.

Finalmente caracteriza-se o modelo odontológico atual pela dependência externa na medida em que baseia seus modelos de atuação, orienta a formação de seus recursos humanos e emprega uma tecnologia com insumos e equipamentos importados, cujas condições em nada reproduzem as existentes em paises não desenvolvidos ou em desenvolvimento, reforçando assim todo um contexto de dependência econômica e cultural que entrava e desestimula criatividade na busca de soluções ajustadas as características de nosso país.

Isto posto, recomenda o grupo de debates que:

1) se estimule, a nível das universidades, a participação das instituições empregadoras na definição do perfil dos profissionais a serem formados, como mecanismo para agilizar a adequação dos recursos humanos às necessidades do País;

2) se enfatize na preparação dos recursos humanos de nível auxiliar e técnico o treinamento em serviço em substituição à prioridade atualmente concedida aos mecanismos formais de preparação desse pessoal;

3) se desencadeie, em caráter urgente, a formação de um "técnico dental operador", capaz de realizar restaurações dentarias em todas suas fases, como um recurso para redefinir os modelos assistenciais existentes, tornando-os aptos a aumentar a cobertura e reduzir seus custos operacionais;

4) se adotem medidas administrativas que tornem impeditiva a utilização de equipamentos de alta densidade tecnológica por parte dos serviços públicos e que obriguem o emprego de equipamentos apropriados às reais possibilidades do País, a fim de fazer com que o custo fixo imobilizado da produção de serviços não seja, como hoje o é, significativo na composição do custo total e, ao mesmo tempo, estimule a capacidade criativa nacional na busca de recursos tecnológicos mais de acordo com nossas necessidades e possibilidades;

5) se inclua na CEME uma linha de pesquisa e de produção de insumos básicos para a odontologia a fim de minimizar nossa dependência externa nesse setor, bem como reduzir o custo de utilização de medicamentos e materiais;

6) se redirecione a subvenção financeira do setor público para formulação de convênios com secretarias estaduais, serviços municipais e universidades em detrimento da compra de serviços ao setor privado, que tem demonstrado ser inefetiva e estimuladora de distorções da filosofia do modelo que se deseja implantar;

7) seja institucionalizado no Ministério da Saúde um núcleo técnico dedicado ao equacionamento dos problemas da odontologia, que se responsabilizaria pelo planejamento e normalização das ações odontológicas no País, a fim de suprir a falta de definição política existente na área bem como evitar a supervisão e descoordenação das diferentes instituições prestadoras de serviços.

Finalmente, o grupo recomenda que a participação da odontologia num programa de atenção primária à saúde se faça tomando como referencia a rede assistencial hierarquizada em complexidade crescente, em três níveis de serviços compostos cada um por um elenco de atividades adequadas às possibilidades de execução existentes ou que venham a se criar nessa estrutura hierarquizada que se pretende implantar.

O primeiro nível de serviços incluiria a prevenção maciça e a prestação de cuidados elementares. A prevenção maciça far-se-ia pela generalização da fluoretação de águas de abastecimento público para cidades que disponham desses serviços e o use de métodos alternativos de prevenção de cárie e doença periodontal nas áreas não abrangidas pela fluoretação.

Os cuidados elementares incluiriam a cobertura dos problemas de dor e infecção, dando também destaque a medidas de promoção de saúde com ênfase no desenvolvimento de ações de caráter preventivo educativo.

Essas ações se destinam a cobrir áreas de difícil acesso aos serviços de saúde ou

locais onde não for possível alocar pessoal específico, ficando assim ao encargo de pessoal polivalente encarregado de prestar atenção elementar geral de saúde.

O segundo nível de serviços ficaria sob a competência das unidades de atendimento odontológico do setor público, já existência, e incluiriam atividades de apoio e prioridade para atenção aos escolares do 1.° grau (entre 6 e 14 anos de idade).

As atividades de apoio consistem em supervisionar e dar suporte logístico às unidades elementares do primeiro nível, bem como de receber os pacientes por elas triados e encaminhados em função de suas patologias mais complexas.

A prioridade de atenção aos escolares de 1.° grau tem raízes de caráter epidemiológico na medida em que este período coincide com o surgimento dos dentes permanentes e com a fase de maior ataque pela cárie. Desenvolver-se-ia segundo a sistemática do modelo de programa incremental, de uso e eficácia reconhecida e comprovada, e utilizaria em larga escala, sob supervisão profissional, o técnico dental operador.

O terceiro nível de serviços constitui o subsistema de referencia para casos complexos. Caberia a este nível estimular a racionalização dos serviços de especialidades já existentes, orientando-os para aprofundar cuidados sob critérios sociais e não aleatoriamente, como vem sucedendo, principalmente na tentativa de oferta de prótese sob lucro zero em função da existência de uma avassaladora e ativa demanda não satisfeita por cuidados protéticos. A oferta de prótese a lucro zero é aqui entendida como o custeio pelo próprio usuário a preços equivalentes aos gastos realizados com as despesas de laboratório. Na medida em que o procedimento se desenvolvesse, recomendar-se-ia a instalação de oficinas centrais de produção, a semelhança do que já vem sendo feito por alguns serviços de porte, como os do SESI e SESC.

Numa observação final, o grupo julga que decisões firmes, corajosas e profundas deverão ser tomadas sob pena de se cair num superficialismo que nada mais representará do que a mudança de roupagem na participação da odontologia nos programas de saúde. Considera o grupo que haverá de parte de segmentos mais conservadores da sociedade e da própria odontologia sérias existência ao processo de mudança, mas que se impõe uma nova forma de participação não só por razões técnicas, mas, sobretudo, como resposta a uma população que quer e, felizmente, no momento exige um direito que legitimamente é seu: o direito de possuir saúde bucal.

SUBTEMA N.° 8

Saúde Mental e Doenças Cronico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde

Grupo 16

Facilitadores:

Josicelli de Freitas

Miriam Sette

Nathanael Rauta Ramos Amaury Teófilo Brasil

Relator:

Maria das Mercês Pontes Lima Cunha

1 — INTRODUCÃO

O grupo inicia as atividades com a apresentação dos participantes, seguindo-se a escolha do coordenador e do relator, respectivamente, o Dr. Altamiro Alvernaz Filho, médico do INAMPS/MPAS, e a Dra. Maria das Mercês Pontes Lima Cunha, médica da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

2 — FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS GERAIS

2.1 — Conhecer o pensamento da comunidade de saúde sobre os temas em discussão.

2.2 — Obter subsídios para o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde relativo aos subtemas **in fine.**

3 — ABORDAGEM DOS DEBATES

3.1 — O grupo faz uma análise sucinta sobre o trabalho **A Organização Mundial da**

Saúde e os Serviços Básicos de Saúde. O grupo concorda inteiramente com a proposição da OMS relativa aos serviços básico de saúde, sentindo, entretanto, a necessidade de que seja dada maior ênfase ao componente ambiental nos serviços básico de saúde, entendido "componente ambiental" no seu sentido amplo.

3.2 — Dando continuidade, foi apreciado o documento **proposição de Diretrizes: uma Contribuição do Ministério da Saúde (Versão preliminar).** As mais elogiosas referências foram feitas à proposição do Ministério da Saúde. Após as análises globais dos dois documentos citados, o grupo iniciou os debates dos assuntos do subtema n.° 8, aprofundando-se no item 9.2.1 do documento **Proposição de Diretrizes: uma Contribuição do Ministério da Saúde (Versão Preliminar),** lembrando, por oportuno, que foram incluídas nos debates a tuberculose e a hanseníase.

O Dr. Wassily Chuc alerta para algumas dificuldades existentes na execução das ações neste setor nos órgãos existentes atualmente: **a)** a "concepção do homem", na qual foi dada muita ênfase ao ângulo econômico (pronunciamento do Exm.° Sr. Ministro do Trabalho, Dr. Murilo Macedo, em 25/3/1980, na 7.ª Conferência Nacional de Saúde); e **b)** dificuldade sentida do ponto de vista doutrinário em conceituar saúde mental/doença mental.

Segue-se a proposta dos demais componentes do grupo para que os especialistas deste grupo de debates elaborem as conceituações de saúde mental/doença mental, registrando especificamente, através da Classificação Internacional de Doenças, edição de 1975, qual a clientela a ser atendida e como devem ser atendida nos órgãos propostos (anexos 2 e 3).

4 — TUBERCULOSE

O grupo sugere que as ações de controle da tuberculose e de outras pneumopatias de interesse sanitário, nos serviços básicos de saúde, tenham uniformização de métodos e esquemas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Enfatizando também que estas ações sejam intensificadas e expandidas com vistas a atingir os níveis ideais de cobertura da comunidade, bem como realizar a procura sistemática dos sintomáticos respiratórios por todos os elementos da equipe de saúde e realizar o tratamento específico com drogas de curta duração, com extensão desta conduta a todas as unidades federadas.

5 — HANSENÍASE

Propõe que as ações sejam desenvolvidas a nível de módulo básico (posto de saúde e centro de saúde ou unidade mista), adequadamente padronizadas, com a presença do médico generalista e que haja treinamento de todo o pessoal envolvido nas diversas fases de execução e, finalmente, que esse treinamento seja realizado nas direções regionais.

6 — CÂNCER

A proposição do Ministério da Saúde é para para a aplicação de métodos de prevenção e de diagnóstico precoce do câncer, especialmente o do colo uterino. Os debates restringiram-se a apreciação do câncer cérvico-uterino.

As atividades de "controle", prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer cérvico-uterino devem ser integradas as demais atividades de saúde pública e orientadas não só no sentido da detecção das lesões já definitivamente estabelecidas, mas, sobretudo, no sentido da prevenção primária, ou seja, do tratamento das lesões precursoras, concentrando-se a atenção na população de "alto risco", considerando-se as seguintes variáveis: faixa etária de 20 a 49 anos, início de atividade sexual em idade precoce; multiparidade; gestação em idade precoce; e baixo nível sócio-econômico.

São objetivos primordiais:

● diagnosticar e tratar os casos de patologia ginecológica inflamatória;

●diagnosticar, tratar e seguir os casos de displasias (leve e moderada);

● diagnosticar os casos de neoplasia cérvico-uterino e referenciar para outra unidade de saúde de maior complexidade; e

● controlar periodicamente a população cujo primeiro exame citopatológico tenham sido negativo.

Todos estes objetivos só deverão ser executados a nível de centro de saúde.

7 — **DOENÇAS CARDIOVASCULAR**

Na **Proposição de Diretrizes: uma Contribuição do Ministério da Saúde,** em seu item 3.2.1 ("Doenças Cronico-Degenerativas"), há referência à prevenção e diagnóstico precoce e pronto tratamento das enfermidades cardiovasculares, particularmente febre reumática e hipertensão arterial. 0 grupo de debates considera que deve merecer prioridade também a arteriosclerose, maior fator de mortalidade em grandes metrópoles. Ainda em doenças crônico-degenerativas não se pode deixar de considerar a assistência preventiva e terapêutica as patologias comuns ao idoso. Deve ser lembrado que doenças cardiovasculares, como a doença reumática e a de Chagas, dependem diretamente de ações de saneamento e habitação.

Atividades de prevenção e diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças cardiovasculares:

a) no posto de saúde:

●Identificação da hipertensão arterial, encaminhando os casos para os centros de saúde e colaborando para um real levantamento epidemiológico, especialmente na área rural.

●Identificação de casos suspeitos de doença reumática, doenças congênitas ou outras doenças cardiovasculares (e doenças geriátricas) e encaminhamento para os centros de saúde.

●Colaboração efetiva em programas de educação sanitária, visando a prevenção de doenças cardiovasculares (e das doenças comuns ao idoso).

●Controle dos casos de hipertensão arterial sob tratamento, com a distribuição de medicamentos já prescritos pelo centro de saúde.

●Administração de medicamentos na profilaxia de novos surtos de doença reumática.

● Primeiro atendimento dos casos de urgência, de acordo com um esquema padronizado de tratamento.

b) Centro de saúde:

●Tratamento clínico e controle das patologias comuns.

● Encaminhamento para centros especializados dos casos que necessitem maior exploração diagnóstica ou terapêutica que envolva material ou instrumentos mais sofisticados.

●Atendimento dos casos de urgência encaminhados pelo posto de saúde ou que procurem diretamente o centro.

A população de grandes metrópoles e, de maneira geral, a população urbana, vem sendo atingida cada vez mais pelas doenças decorrentes da arteriosclerose. Nesta área há grande necessidade de programas de prevenção, diagnóstico precoce e educação sanitária daquela patologia.

Com este objetivo, um centro de saúde da área urbana pode, através de um agente de saúde, registrar um eletrocardiograma, fazer uma avaliação da glicemia e realizar inquéritos sobre hábitos de vida, objetivando a detecção de fatores de risco, cabendo ao médico generalista deste centro de saúde o exame clínico deste paciente, a orientação preventiva e terapêutica e o encaminhamento para unidades especializadas quando houver necessidade.

De grande valor será a utilização de órgãos de divulgação em zonas urbanas para a correta orientação da população sobre medidas preventivas primárias e secundárias em arteriosclerose e hipertensão arterial.

ANEXOS AO RELATÓRIO DO GRUPO 16

ANEXOS I

SOMBRE A SAÚDE MENTAL

WASSILY CHUC

Parte-se do conceito do homem, como a unidade biopsico-sócio-cultural. Um programa de saúde tem por meta criar as condições para a sua boa saúde ("pleno estado de bem-estar

físico, psíquico e social" — OMS) e para a sua preservação. A saúde é reconhecida como direito, cabendo primordialmente ao Estado a sua institucionalização e zelo. Entretanto, o conceito de homem e de saúde que os programas utilizam, claro ou subentendido, representa uma dificuldade. 0 homem é entendido em termos sócio-econômicos, e a saúde como a condição para a sua produtividade.

A concepção médica de homem e de saúde humanista. Os programas médicos de saúde não têm por meta primordial a preservação da capacidade produtiva do homem. Eles visam ao seu pleno bem-estar. Por isso, em que pese se reconhecerem prioridades circunstanciais nas áreas de saúde, a saúde do homem, como o seu pleno bem-estar, deve ser sempre a preocupação dos programas médicos de saúde. Do contrário, corre-se o risco de se transformarem as **prioridades** em, apenas, condições mínimas para que o homem-produtividade sobreviva. De outro lado, transforma-se a saúde, como direito reconhecido pelo Estado, em privilégio das classes mais ricas. A não incorporação, por exemplo, da moderna tecnologia médica para o diagnóstico e o tratamento, em particular a Psicanálise, dos beneficiários da previdência, traduz a concepção sócio-econômica de homem e de saúde e o desprezo aos conceitos médicos.

Na área da saúde mental, os programas de saúde se desenvolvem em três níveis:

I — Prevenção Primária

O médico, cumprindo o dever ético de guardião da saúde do homem, e sob o lema "é mais fácil e mais barato prevenir as doenças; é mais difícil e mais caro curar as doenças", procura, aqui, anular ou controlar os fatores e o desprezo aos conceitos médicos.

II — Prevenção Secundária

Visa ao diagnóstico precoce e imediato tratamento.

III — Prevenção Terciária

Busca impedir a cronificação da doença e conseguir a reabilitação do doente para a existência.

A condição **sine qua non** para a execução desse programa que se tenha uma concepção médica sobre as doenças mentais. Toda e qualquer outra concepção — psicológica, sociológica, antropológica, filosófica, etc., concepções não médicas — não só não condizem com a natureza da doença metal, como também se contrapõem à execução de qualquer programa médico de saúde mental.

Também é preciso que se tenha uma visão setorizada das doenças mentais. Isso porque os procedimentos profiláticos e terapêuticos são particulares e específicos a cada setor:

I — Personalidades que psiquicamente se situam fora da norma de plena sanidade mental (desajustadas consigo mesmas na família, trabalho e comunidade, mostrando esse desajuste em sinais e sintomas psicológicos e funcionais). Não são, do ponto de vista rigorosamente médico, doentes mentais, mas sofrem ou fazem sofrer, e, por isso precisam de atenção médica:

A — Personalidades Neuróticas

São personalidades de estrutura imatura de caráter, o que não lhes permite um ajustamento consigo mesmas e com as outras pessoas. São a resultante das anomalias disposicionais ("não faz neuroses quem quer, faz neurose quem pode") e de fatores emocionais ambientais desfavoráveis.

PREVENÇÃO:

Através da educação sanitária (ação básica) mostrar como fundamental para a formação da personalidades sadia a assistência afetiva da família e da comunidade, a segurança e o desfrutar da educação e dos bens. Se não se pode nesta "aldeia global" anular os fatores estressantes que comprometem a saúde mental, pode-se controlá-los através do aprendizado de atitudes sadias frente aos mesmos. Atuar junto à família, à escola, à igreja. Atuar também junto aos meios de comunicação de massa, mostrando a nocividade para a formação da personalidade dos programas vazios de valores éticos e espirituais.

TRATAMENTO:

Reeducação, através de qualquer técnica psicoterápica, inclusive técnicas não médicas. Institucionalização da psicoterapia de grupo, como vem sendo feito num setor isolado do INAMPS, no Rio de Janeiro. Transformar, como se está fazendo no estado de Goiás, as equipes das unidades sanitárias em, também, equipes de saúde mental com a ajuda e supervisão do PISAM.

B — Personalidades Psicopáticas

São, personalidades que se caracterizam por desvios de comportamento, de tipo associal. São sociopatas. E são assim, tão só, por anomalia disposicional. Ainda que se queira vê-los como "neurose de caráter", não são) acessíveis á reeducação psicoterápica.

PREVENÇÃO:

Tão só aos "desenvolvimentos" psicopáticos, através do saneamento moral da comunidade e das suas distorções sócio-econômicas.

TRATAMENTO:

Para as psicopatias disposicionais não há, a rigor, tratamento. Para aqueles psicopatas de alta periculosidade a cirurgia do comportamento é a solução, embora de resultados nem sempre satisfatórios.

C — Alcoolismo e Dependência de Drogas

São na sua grande maioria personalidades neuróticas ou Psicopáticas.

PREVENÇÃO:

Ver o que foi dito para neuroses e psicopatias. A equipe de saúde mental, nos centros comunitários, escolas, igrejas, irá dizer dos riscos e malefícios do uso do álcool e de drogas. Se possível, conseguir a proibição da propaganda de bebidas alcoólicas, embora se saiba que, em verdade, não ha **alcoolismo** mas, sim, **alcoolistas.**

II — Oligofrenias (Deficiência Mental)

A parada do desenvolvimento da inteligência, em seus diversos graus, é na grande maioria dos casos problema de saúde pública.É durante a gestação, no parto, ou nos primeiros anos de vida que fatores como subnutrição, parasitoses, infecções, intoxicações, etc., ligados a gestante e a parturiente, levam à oligofrenia. Nos primeiros anos de vida, são principalmente as complicações encefalíticas devidas às viroses próprias da infância as causas de deficiência mental.

Num pequeno grupo, como casualidades, estão os vícios inatos do metabolismo que, se precocemente diagnosticados, podem ser corrigidos. Tão só nas cromossomopatias ainda não se tem como preveni-las bem como em raras enfermidades heredo-degenerativas que levam á deficiência mental.

PREVENÇÃO:

Da área matemo-infantil.

TRATAMENTO:

Orientação psicopedagógica em escolas especializadas com professores treinados. Orientação aos pais e a comunidade para a compreensão e a aceitação desses **excepcionais.**

III — Epilepsias

É uma síndrome neuropsiquiátrica. Suas causas: intoxicações, infecções, traumatismos crânio-encefálicos, anoxia, doenças metabólicas, etc. Num pequeno grupo, uma anomalia disposicional heredo-familiar é a causa.

PREVENÇÃO:

Anular ou controlar as causas referidas, notadamente em nível matemo-infantil.

TRATAMENTO:

Simples controle medicamentoso que qualquer atendente de posto de saúde pode fazer. Isso, é claro, após o diagnóstico médico, pois a epilepsia pode ser sintomática de processos que exijam terapêuticas específicas.

Para prevenir os **desenvolvimentos** neurótico e psicopático comuns nos epilépticos, a equipe de saúde mental irá atuar esclarecendo sobre a natureza não estigmatizante dessa doença.

IV – Psicoses Orgânicas Agudas

São as perturbações mentais sintomáticas de qualquer processo, direta ou indiretamente, orgânico-cerebral. Caracterizam-se por diversos tipos de alteração de consciência.

PREVENÇÃO:

Anular ou controlar os processos causais.

TRATAMENTO:

a) Causal

b) Sintomático (psicofármacos)

V – Psicoses Orgânicas Crônicas (Demências)

a) Sintomáticas de processos crônicos: infecções, intoxicações, arteriosclerose, doenças metabólicas, outras, etc. que comprometem o cérebro.

b) Processos de biotrofia cerebral primária.

São enfermidades mentais caracterizadas por deterioração progressiva da vida mental, principalmente do plano intelectivo e notadamente das funções do juízo.

PREVENÇÃO:

Para as demências sintomáticas, a medida é a de impedir a cronificação das causas referidas. Para as demências primárias, não há medida preventiva: no caso de demência senil, a passagem da senilidade patológica é a regra.

TRATAMENTO:

Puramente sintomático.

A equipe de saúde mental, a propósito, mostrará à família e á comunidade como fatores de outra ordem interferem não na causa, mas no curso do processo demencial, retardando ou acelerando a sua progressão. Assim, o asilamento, a aposentadoria, a insegurança econômica, a rejeição aos velhos são fatores que participam do desencadeamento e do agravamento dos processos demenciais.

VI – Psicoses Afetivas

São enfermidades mentais, de base heredo-familiar, caracterizadas por depressão ou exaltação dos sentimentos vitais (humor).

PREVENÇÃO:

Difícil. O aconselhamento, nesses pacientes, para a não procriação seria desejável.

TRATAMENTO:

Puramente sintomático. Psicofármacos, eletroconvulsoterapia. Os sais de lítio, recomendados na profilaxia das fases, é uma possibilidade ainda não demonstrada.

VII – Psicoses Esquizofrênicas

São enfermidades mentais, de base heredo-familiar, caracterizadas por diversos tipos de grave alteração das personalidades, com rica sintomatologia: vivências delirantes, fenômenos alucinatórios, dissociação do pensamento, alteração afetiva, alteração do senso pragmático, etc.

Não devem ser confundidos com reações e **desenvolvimentos** da personalidade que podem, externamente, se assemelhar à doença esquizofrênica.

PREVENÇÃO:

Difícil. À equipe de saúde mental cabe conscientizar a comunidade sobre o caráter heredo-familiar dessa doença. A única medida profilática seria a não procriação dos enfermos esquizofrênicos.

TRATAMENTO:

Sintomático. Psicofármacos.

Assim, com a concepção **médica** do homem, da saúde e da doença mental, será

simples programar e interiorizar as ações de saúde mental a partir dos postos de saúde, dos centros de saúde e das unidades sanitárias, desde que as suas equipes sejam também preparadas nesse sentido.

ANEXO II

NÍVEIS DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL A SEREM EXECUTADAS NO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SAÚDE SÃO AS QUE SE SEGUEM:

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO POSTO DE SAÚDE (AGENTE DE SAÚDE LOCAL)

- **Atendimento compreensivo** dirigido à clientela, especialmente criança e gestante, com paciência e presteza, de forma a reduzir ansiedades, medos e pânicos quando por ocasião da consulta, aplicação de medicação, vacinas e tratamentos.
- Grupo de mães – atuando como agente facilitador de troca de experiências, utilizando a dinâmica grupal e informes técnico-científico para reduzir as ansiedades das mães frente às dificuldades familiares e os conflitos de relação mãe-filho.
- Grupo de gestantes – através da dinâmica grupal fortalecer emocionalmente os membros do grupo, reduzir medos e ansiedades ligados ao parto e conformação do feto fornecendo informações quando necessário e ouvindo o máximo o que a gestante deseja dizer.
- Visitação domiciliar à puérpera e ao recém-nato, para verificar condições familiares referentes à segurança e tranqüilidade da mãe e da criança, orientando os familiares sobre medidas e atittudes propiciadoras dessa situação e responder às demandas de conhecimento da mãe com informações técnicas adequadas às condições sócio-econômico-culturais.
- Recrutar, selecionar e orientar voluntários dentro da comunidade para prestar auxílio domiciliar à puérpera, idosos e acamados.
- Prestar, apoio a parteiras e curiosas orientando para que a parturiente tenha um ambiente calmo e tranqüilo, se possível, trabalhando previamente o marido para que preste apoio emocional no momento do parto.
- Prestar informação técnica sobre conduta no parto para prevenção de retardo mental, epilepsia, etc.
- Conhecer as crenças e recursos naturais da comunidade relacionados aos problemas mentais, discriminando sua utilidade no equacionamento desses transtornos.
- Manter atualizado um levantamento dos recursos preventivos e de controle de transtornos mentais, existentes na comunidade, incluindo, as áreas e atividades de lazer.
- Transmitir às mães a valorização da alimentação para o desenvolvimento mental da criança.
- Identificar os casos de transtornos comportamentais (problemas "nervosos", convulsões, alcoolismo, etc.) e encaminhá-los à unidade de apoio para confirmação de diagnóstico e prescrição do tratamento, orientando o cliente e sua família sobre a medida adotada.
- Controlar o programa terapêutico prescrito na unidade de apoio.
- Aplicar a medicação prescrita pelo médico para emergências selecionadas (epilepsia, crises de agitação psicomotora etc.).
- Orientar a família quanto à forma de administrar a medicação prescrita e a necessidade da não interrupção do tratamento e, conseqüentemente, os perigos decorrentes dessa interrupção.
- Esclarecer a família quanto ao comportamento a ser adotado junto ao doente mental.
- Estimular o comparecimento do paciente e da família ao centro de saúde, na data prevista.
- No caso de não comparecimento do paciente para atendimento, realizar visita domiciliar, para averiguar o motivo.
- Aliviar ansiedade da família e orientar quanto às medidas adequadas nos momentos de crise do paciente.
- Orientar a família e a comunidade no sentido de tornar produtivo o doente mental, aproveitando suas capacidades laborativas.
- Realizar contatos com lideranças comunitárias, prefeitos, entidades religiosas, escolas e outras instituições como fonte terapêutica e estímulo para os problemas de saúde, sensibilizando-os para a participação no processo de reintegração biopsicossocial.

- No atendimento ao alcoolista e seus familiares, mostrar que o hábito de beber excessivamente é doença e, portanto, necessita de um acompanhamento terapêutico.

- Verificar a existência de A. A. e estimular sua procura pelos pacientes. Em caso de não existência de A. A. no local estabelecer contato com comunidades vizinhas e ver da possibilidade de sua criação.

- Dar atenção especial à prevenção e detecção precoce do retardado mental, como, por exemplo, fazendo teste de medicação de ácido fenilpirúvico nos primeiros 15 dias de todo recém-nato.

ATRIBUIÇÕES ESPACÍFICAS DO CENTRO DE SAÚDE

- Todas as atividades atribuídas ao posto de saúde.

- Diagnosticar por meio de consulta médica (generalista treinando ou especialista) os casos encaminhados pelos postos de saúde e os provenientes da demanda espontânea ao centro

- Tratar os casos diagnosticados utilizando as psicoterapias grupais, praxiterapia e quimioterapia, reservando o atendimento individual e a consulta médica para controle medicamentoso.

- Relatar ao posto de saúde sobre os pacientes por ele ou para ele encaminhados.

- Prestar apoio ao posto de saúde através de supervisão freqüente e compromissada.

- Triar os casos indicados para hospitalização, responsabilizando-se pelo seguimento do tratamento após a hospitalização.

- Recolher dados epidemiológicos levantados pelos postos de saúde e sua própria unidade.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DA UNIDADE MISTA

- As mesmas atribuições do centro de saúde (incluindo as do posto).

- Internação de emergência, sempre que possível de curta duração, e com retorno ao centro ou posto para seguimento ambulatorial.

- Propiciar terapêutica em diversos níveis durante a internação: quimioterápica, psicoterápica, praxiterápica, etc., com avaliação freqüente realizada em reunião de toda a equipe envolvida.

- Fazer seguimento ambulatorial dos pacientes residentes na área de influência da comunidade.

- Assessorar a comunidade em questões relacionadas à saúde mental e estimular suas reivindicações sobre estas questões.

ANEXO III

OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE GERIATRIA

Nossa proposição é de que, entre as ações básicas de saúde, a este grupo crítico, de alta vulnerabilidade, fosse dada maior abrangência no sentido do **atendimento médico preventivo** como meta prioritária, pois estes processos, embora crônicos, podem ser prevenidos e controlados sem chegar aos altos índices, onerosos, da internação hospitalar.

O idoso representa na sociedade a chamada **minoria silenciosa.** No entanto, a velocidade de crescimento da faixa etária maior de 60 anos é de 6% ao ano, se comparada com o crescimento geral da população, de 2,8% ao ano.

Praticamente, é uma população desprezada do ponto de vista do tratamento médico preventivo, pois o idoso é foco de infecção, como tuberculose pulmonar, arteriosclerose, doenças renais, hipertensão, diabetes, depressão e suicídio, etc. Não é, portanto, só um problema social e também médico, pois ocupa lugar de destaque nas idades de risco.

SUBTEMA N.º 9

Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde

Grupo 13

Facilitadores:

Fernando José Pereira

Sylvain Nahum Levy

Wanderley Antonio Pignati

Relator:

Maurício Gomes Pereira

O grupo 13, reunido para debater os aspectos relacionados ao subtema Informação e Vigilância Epidemiológica e Serviços Básicos de Saúde, apresenta as seguintes conclusões:

1) É necessário o desenvolvimento de um sistema nacional de informações de saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde e apoiado fundamentalmente nas secretarias estaduais de saúde, com a participação das demais instituições que manipulam dados e informações de interesse do setor saúde.

2) A organização do sistema de informações deve atender às necessidades do Sistema Nacional de Saúde e dos níveis nos quais se estruture o sistema de saúde em cada unidade da Federação.

3) O grupo recomenda que sejam cumpridos os propósitos gerais objetivos, funções de recomendações para o sistema nacional de informações de saúde aprovados na primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde, patrocinada pelo Ministério da Saúde, em novembro de 1975.

4) Foram considerados como pré-requisitos para a efetiva estruturação, desenvolvimento e funcionamento do sistema de informações:

a) coordenação inter e intraministérios;

b) o zoneamento geográfico para que se possa atribuir responsabilidade aos serviços básicos de saúde no que diz respeito à saúde da população da zona considerada sem que isto implique em obrigatoriedade da população em procurar o atendimento exclusivamente naquela área;

c) precisam ser desenvolvidos modelos de zoneamento mais complexos para regiões metropolitanas, que consideram a mobilidade populacional, a diversidade dos serviços de saúde presentes e a distribuição das atividades produtivas;

d) a coordenação de todos os programas deve ser exercida a nível local;

e) o tempo do pessoal da rede básica deve estar distribuído de tal forma que, além do atendimento da demanda, seja possível a realização de atividades de prevenção primária inclusive com ações externas, visando à obtenção de informações.

5) A finalidade básica do sistema de informação, qualquer que seja ele e em qualquer nível em que se organize, deve estar voltada para a melhoria da prestação de serviços, visando com isso contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população; desta forma, a unidade local não deverá ser sobrecarregada com a solicitação de prestação de informações que não sejam necessárias para atingir os objetivos acima.

6) O sistema de informações, além dos objetivos de oferecer subsídios para planejamento e avaliação, deve apresentar, com a freqüência desejada, as informações necessárias para que as comunidades e as equipes dos serviços básicos de saúde disponham de uma avaliação permanente das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços.

7) A articulação dos diferentes órgãos do setor saúde, iniciando-se pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, é fundamental para que o nível local participe ativamente das ações de saúde e para que as informações sejam utilizadas para tomadas de decisões, desde o nível mais periférico do Sistema Nacional de Saúde.

8) É indispensável que o sistema de informação a ser implantado permita ou facilite a referência de um paciente aos níveis superiores com conseqüente acompanhamento e avaliação de atendimento até o seu retorno à unidade de origem.

9) As informações dos serviços básicos deverão abranger dados organizacionais, operacionais e epidemiológicos. Parcela significativa deverá ser proveniente de informações qualitativas, obtidas através de supervisão de aspectos técnicos, de estudos especiais e pesquisas amostrais.

10) Sugestões dos tipos de informações a serem geradas pela rede básica ou pelos níveis estadual ou federal: a) informações gerais (situação, população, etc.); b) mortalidade; c) morbidade; d) natalidade; e) produção de serviços; f) saneamento ambiental; g) material (vacinas, etc.); h) pessoal; i) transporte; j) vigilância sanitária.

11) É considerada como indispensável para a confiabilidade e validade das informações coletadas a existência de normas técnicas

e de procedimentos aliados à atividade de supervisão das ações desenvolvidas.

Quanto ao terra Vigilância Epidemiológica:

1) O grupo reconhece que já existe uma consciência formada sobre a importância da vigilância epidemiológica.

2) A vigilância epidemiológica implica em manter uma atenção responsável, fazendo observações sistemáticas e adotando atitudes, apropriadas, no momento oportuno, visando a um controle eficaz. Portanto, é pré-requisito para os programas de prevenção e controle de doenças.

3) Reconhece que o Ministério da Saúde, cumprindo o disposto na Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, já obteve os instrumentos legais necessários à implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei 6.259/75, decreto de regulamentação e portarias ministeriais), o que permitiu a elaboração de normas técnicas procedimentos, inclusive para o Programa Nacional de Imunizações. Tendo em vista, porém, que de modo geral o Sistema de Vigilância Epidemiológica ainda não alcançou o grau de desenvolvimento desejado, o grupo recomenda:

1) seja promovida pelo Ministério da Saúde uma reunião de avaliação e análise da situação com os responsáveis pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das unidades federais, visando a identificar os pontos de estrangulamento ao desenvolvimento do sistema;

2) que sejam patrocinados pelo Ministério da Saúde cursos para preparação de epidemiologistas e auxiliares de epidemiologia, com o concurso de instituições de ensino e serviços de atuação regional ou local;

3) que as secretarias de saúde incluam nos seus quadros de pessoal o auxiliar de epidemiologia, com definição específica de cargo função;

4) que o Sistema de Vigilância Epidemiológica tenha total apoio da rede nacional de laboratórios de saúde pública;

5) que as atividades de vigilância epidemiológica a nível local executem as ações de controle das doenças objeto do sistema;

6) que as secretarias estaduais de saúde e suas estruturas organizacionais incluam sob a mesma coordenação as atividades de vigilância epidemiológica, de imunizações e laboratórios;

7) que as informações necessárias ao pleno desenvolvimento do sistema, além das notificações tradicionais, sejam obtidas através da busca ativa de casos, conferindo maior dinamismo ao sistema.

SUBTEMA N.° 10

Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades

Grupos 11 e 12

Facilitadores:

Hortência Hurpia de Holanda

José Maria Balbino

Sérgio Raymundo Negrão de Souza Franco

Relator:

Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos

Frente à complexidade do tema, o grupo iniciou os trabalhos levantando algumas experiências vividas, com o objetivo de caracterizar as diversas concepções dos integrantes sobre as formas de participação das comunidades em programa de Saúde.

No desenvolver dos trabalhos e no processo de discussão dos membros do grupo, foi se materializando o marco referencial de cada um, possibilitando o questionamento sobre as concepções, a importância, as diversas formas e os entraves à participação comunitária.

Consideramos algumas interpretações que, de certa forma, refletem as diversas concepções do grupo sobre o tema:

- "Ao participar efetivamente a **comunidade** deve fazer opções."

- "Não se trata de induzir mudanças de hábitos."

- "A população conhece sua realidade e identifica suas necessidades. A sua participação está constantemente permeada pela questão ideológica."

- "Deve haver uma perspectiva de continuidade."
- "A participação da comunidade é de fundamental importância como fator de mudança da estrutura vigente."
- "Todos temos motivos para viver, falar e pensar. Não se precisa chegar e motivar as pessoas. A participação é a motivação mais importante."
- " O problema é político/ideológico e a decisão é aceitar ou não a participação comunitária."
- "Para participar é necessário entender e conhecer."
- "Participação comunitária só pode existir em uma sociedade democrática, aberta, com uma ideologia que veja a pessoa como a medida de todas as coisas."
- "Participar é uma necessidade e portanto uma motivação".
- "Não pode existir participação comunitária isolada para a saúde. Ela deve ser integrada."
- “Considerando a efetiva participação comunitária como sinônimo de ampla democratização dos instrumentos de poder (desde a concepção ao controle dos programas) esta participação somente se concretizará na medida em que a população tiver acesso a todos os níveis de poder. É o reconhecimento do direito de escolher aqueles que representem a comunidade junto ao poder central, ou seja, a ampla participação ao nível de decisão através do voto popular."
- "A comunidade participa quando: a) sente a necessidade; b) desperta para a necessidade; c) se sente responsável; d) confia na instituição; e) pode interferir no processo f) se sente respeitada; g) se apropria dos conhecimentos da realidade."
- "A comunidade poderá participar quando for estabelecido o direito de autocondução."

O grupo identificou duas concepções distintas com relação á **participação comunitária** que se pretende como instrumento-chave nos programas de serviços básicos de saúde e de desenvolvimento das comunidades.

Segundo uma delas, espera-se que a participação comunitária resolva a questão dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, mantendo-se intacta a estrutura social.

Através da **participação** pretendem despertar os grupos populacionais para que assumam nova postura diante de sua condição, o que lhes permitiria, através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos, adotar um padrão considerado normal de integração na estrutura social.

Os problemas são locais, não somente em sua manifestação, como em sua origem. Portanto a participação limitada e restrita: não se abrem canais que viabilizem uma verdadeira participação no nível das grandes decisões que incidem sobre a conjuntura local. Isso, na realidade, configura um processo de manipulação.

O que fundamenta essa concepção de **participação** uma abordagem funcionalista das formas de organização social, segundo a qual a origem da marginalidade é identificada pelas próprias características dos grupos marginais no que se refere a aspectos psico-sócio-culturais, não se questionando a estrutura social como determinante dessa condição. Dessa forma, a questão da participação aparecia como consecução dos objetivos do sistema, através de ações sobre os próprios grupos, desde que são eles os principais responsáveis por sua condição.

Numa outra abordagem, a participação não busca reformulações apenas no nível das características psico-sócio-culturais dos próprios grupos marginalizados.

Concebe-se a participação como instrumento democratizante, buscando novos canais de expressão e de oportunidades de confronto com outros grupos sociais, com a intenção de influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a estrutura social.

Trata-se de participar não apenas no equacionamento dos problemas sanitários, mas de ter direito á voz e ação na resolução de outros problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde e o bem-estar da coletividade. Isto significa ratificar a perspectiva mais ampla do processo de participação social, vez que a nível institucional pressupõe e exige uma integração intersetorial.

Frente às considerações anteriores, e analisando a questão do termo "participação comunitária" em nossa realidade, analisou-se a sua ênfase nos documentos governamentais basicamente na última década, sendo de fun-

damental importância que, a nível de planejamento, execução e avaliação, houvesse participação dentro do processo de desenvolvimento sócio-econômico do País.

Importante lembrar que não existe um único modelo que leve os técnicos a desenvolver atividades junto às comunidades. Pelas diferenças sócio-econômicas marcantes nas diversas regiões do País, desenvolver um trabalho satisfatório implica em, antes de mais nada, não impor um determinado programa ou linha de ação, baseado apenas nos nossos conhecimentos, mas, sim, iniciar um processo de discussão, respeitando a peculiaridades locais, ouvindo os questionamentos dos moradores e, em união com eles, identificar e analisar problemas, estabelecer uma ordem de prioridades, traçar planos de ação e executá-los.

Deve-se fazer com que a comunidade tenha, cada vez mais, consciência dos seus problemas de saúde, e para tal, a equipe de saúde que trabalha na área deve desempenhar uma função educadora suscitando e encaminhando a participação dos membros da comunidade através da assistência prestada ao indivíduo em si ou ao coletivo, com o objetivo de a cada contato, a cada ação desenvolvida e discutida, fortalecer a auto-responsabilidade dos mesmos no plano local.

Entende-se que as práticas educativas sejam inerentes a todos os programas de saúde, desenvolvidos no interior das unidades, postos ou centros de saúde e/ou na casa de pessoas, praças públicas ou onde quer que a comunidade se reúna para debater os seus problemas.

Analisando trecho do documento de Alma-Ata a "participação comunitária na fixação de políticas e em matéria de planejamento execução, avaliação e controle de programas de desenvolvimento é hoje uma prática amplamente aceita. Contudo, essa participação é entendida e interpretada de diferentes formas em diferentes países, grandemente influenciada que pela estrutura política geral e pela situação sócio-econômica."

Em nosso país entendemos que, a nível institucional, raríssimas são as experiências nas quais a comunidade participa em todos os níveis, planejando, executando e avaliando. Reconhecemos que a comunidade é sábia e define com muita precisão suas necessidades sentidas. Em contrapartida os técnicos definem as necessidades objetivas da comunidade e, em prol de sua superação, intervêm.

Nos grandes centros urbanos, pelas facilidades dos meios de comunicação, acrescidos de relações sociais mais intensas, a população teria maiores possibilidades de caracterizar suas necessidades e formular suas reivindicações. Nas áreas rurais e cidades de pequeno porte dá-se o inverso.

Em nenhum dos dois casos temos uma comunidade realmente participativa que considere programas de saúde como coisa própria e sinta-se estimulada a contribuir para o seu desenvolvimento e superação dos obstáculos econômicos, culturais e políticos.

Refletir sobre participação comunitária implica em repensar sobre a situação dos municípios brasileiros, visto que, nesse nível do poder, é que se dão as verdadeiras relações entre povo/governo. E vincular estas duas instâncias – participação comunitária e governo municipal – passa por uma avaliação de relação negativa. Explicamos: a população brasileira como um todo e as diversas comunidades em particular nutrem uma desconfiança e um descrédito muito grande em relação às propostas de ações governamentais. Isto se dá, por um lado, pelas formas anárquicas e eleitoreiras de alguns políticos que manipulam as expectativas de uma comunidade nas vésperas das eleições e não as cumprem depois; por outro lado, pelo acompanhamento de programas de saúde que se iniciam e são desativados por falta de verba, divergências políticas entre os diversos níveis de poder, mudança de política global, etc., sem nenhuma preocupação de informar aos beneficiários os motivos reais. E aí se inserem, com muita precisão, o problema dos 3928 municípios brasileiros. Pelo esvaziamento político nos últimos anos, falta de gestão autônoma, manipulação permanente pelos órgãos superiores, falta de recursos financeiros, as prefeituras ficam impedidas de opinar e interferir na política geral do País como, também, por todos estes fatores, ficam impossibilitadas de atender concretamente às propostas e reivindicações que emergem de um processo de discussão das comunidades pela melhoria do nível de vida.

Os membros do grupo reconhecem e

registraram vários entraves à participação comunitária. Uns consideraram como entraves mais importantes:

- O descrédito do governo e das instituições entre as populações cansadas de promessas que não se cumprem.
- Falta de estabilidade das populações de difíceis condições de vida que vão sendo empurradas para novas fronteiras de trabalho.

  O reconhecimento pelos moradores das necessidades básicas de saneamento e saúde e o medo de serem implantadas melhorias, pois isso pode ocasionar a sua expulsão mais rápida do local, pela valorização da terra.

- A falta de recursos dos municípios, a sua dramática dependência do estado, a sua falta de autonomia, a sua mínima participação no **bolo** tributário.
- Participação restrita à consecução de meta previamente estabelecidas.
- Técnicos mais preocupados com as metas do que com as reais necessidades da comunidade.
- Falta de canais de expressão; falta de oportunidades para a prática de participação.
- Despreparo dos agentes de execução para o trabalho em associação com a população.
- Resistência das instituições à participação da população nas decisões.

  Outros, com uma óptica diferente, consideraram entraves mais importantes:

- A resistência da população à mudança de hábitos e costumes.
- Serviços e bens dados gratuitamente com uma conseqüente desvalorização dos mesmos aos olhos da clientela.
- As necessidades da comunidade nem sempre coincidem com as programações e os interesses da instituição.

Recomendações

1. A participação comunitária nos serviços básicos de saúde requer que os agentes destes serviços tenham consciência do seu papel na transformação das situações e processos de decisão política.

2. A regionalização e descentralização dos serviços de saúde é uma das condições primeiras para possibilitar a viabilização duradoura de um processo de participação comunitária em todos os níveis.

3. A autonomia municipal decorrente, fundamentalmente, da maior participação na receita tributária é imprescindível não somente para legitimar canais e espaços de participação comunitária, já existentes, como também nas respostas às exigências de manutenção e administração de serviços de atendimento locais.

4. Um programa de serviços básicos de saúde, que tem como corolário a possibilidade de democratização do setor, exige que as instituições revejam as suas estruturas organizacionais e funcionais no sentido de uma abertura no seu processo decisório.

5. Às secretarias de saúde (estaduais e municipais), como coordenadoras das ações de saúde a nível dos estados e municípios, cabem o reconhecimento e a articulação com entidades de representação, formais e informais, existentes nas comunidades.

6. Ampliar o grau de representatividade do grupo de coordenação estadual inserindo, além daqueles constantes nos documentos oficiais dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o presidente da associação estadual dos municípios, o representante da comissão de saúde da assembléia legislativa, e representante de federação dos trabalhadores, entre outros.

SUBTEMA N.° 11

Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde

Grupo 6

Facilitadores:

Mário Chaves

Luiz Felipe Moreira Lima

Relator:

César Vaz de Carvalho

O grupo procurou previamente verificar se entre seus componentes havia um consenso

quanto ao que se estava concebendo por serviço básicos de saúde, destacando-se, então, algumas das características julgadas essenciais:

- Não se trata de um serviço de triagem médica acoplado a um serviço de ações de prevenção primária.
- Não se destina basicamente a reduzir filas dos serviços ambulatórias atuais.
- Deve prestar assistência médica integral (curativo-preventivo-promocional).
- Deve ser de caráter resolutivo para a maioria dos problemas clínicos comuns.
- Deve garantir para os indivíduos a continuidade do atendimento de saúde e do tratamento das doenças.
- Deve ter um compromisso patente com a população de uma determinada área geográfica (quer sejam residentes ou trabalhem na área).
- Deve ser (com exceção dos atendimentos de emergência) a única porta de entrada para o sistema de saúde.
- Deve ser uma rede estatal operada por uma equipe condignamente remunerada e com adequadas condições para um trabalho eticamente conduzido.

Tendo em vista os conceitos já referidos da importância dos serviços básicos e sua articulação com os níveis secundários e terciários do sistema e pela própria definição dos sistemas de saúde, o grupo de trabalho, procurando analisar a atual situação de política de saúde, ponderou algumas questões centrais que, se não forem levadas em consideração, poderão agravar ainda mais a situação de prestação de serviço de saúde à população.

A questão fundamental colocada no grupo como eixo central da articulação refere-se às alterações da política de prioridade no setor saúde, principalmente no que diz respeito aos cuidados secundários especializados, onde a relação entre o setor público e privado apresenta graves distorções no atual modelo.

Ao imaginar, como já dissemos, uma rede básica atrelada a toda uma estrutura empresarial corporativa, que hoje possui grande poder de pressão sobre as instituições públicas, em especial o INAMPS, correríamos o risco de ampliar ainda mais os custos da assistência e teríamos em jogo interesses quase antagônicos do lucro e viabilidade das empresas com a própria finalidade do programa, ou seja, a melhoria do nível de saúde da população. Um exemplo deste fato encontra-se na experiência do sistema de pronto atendimento criado pelo ex-INPS.

Na medida em que a amplitude do programa for nacional e necessitar, sob pena de insucesso, remanejamentos orçamentários, programáticos e estratégicos mais contundentes, seria ingenuidade não se estar preparado para suportar fortes pressões contrárias.

A segunda questão a ser analisada refere-se à articulação dos serviços públicos e instituições a nível federal, estadual e municipal.

A nova postura governamental é irrepreensível: atribuindo-se um desempenho mais restrito à política, estratégia e financiamento do sistema de proteção e recuperação da saúde, o governo federal procura afastar-se da execução de atividades de nítido caráter local.

A transferência para os estados da faculdade de decidir quanto à aplicação dos recursos públicos pode, todavia, conduzir ao agravamento das piores distorções do modelo vigente de prestação de serviços de saúde, tantas vezes denunciadas.

Com a desconcentração do poder, essa tendência poderá se aguçar na medida em que os grupos produtores, historicamente coesos na defesa do **status quo,** tenham sua capacidade de pressão potencializada diante da fragilidade da maioria das secretarias de saúde. Em outras palavras, o setor privado de saúde, que constitui um problema sério quando abandona suas formas legítimas de organização para dedicar-se ao mercado cativo propiciado pela previdência social, não estaria mais diante de apenas uma organização poderosa, o INAMPS, mas, sim, de inúmeras secretarias de saúde, muito mais sujeitas às pressões locais, tanto dos produtores, a quem por motivos óbvios interessa a manutenção da tendência atual, como dos consumidores, fascinados pela falácia da extinção das filas e pelo aparente livre acesso aos serviços que forem oferecidos pela clínica privada. Daí porque torna-se essencial fixar com precisão o papel do setor privado no sistema de saúde, exorcizando-se as ambigüidades e eufemismos com que o assunto é habitualmente tratado.

O gradualismo – essencial na inversão do processo de privatização, para que não produza efeitos colaterais – descarta radicalismos como a estatização da rede particular ou a sua inviabilização mediante a rescisão dos contratos previdenciários por decisão unilateral e outras medidas desse porte.

Cabe, no entanto, porque legítimo em uma economia de mercado que abomine sem hipocrisia a tutela estatal, atribuir como função básica do setor privado a responsabilidade sobre o segmento de sociedade capaz de custear diretamente ou por meio de esquemas privados facultativos (não necessariamente incentivados) os serviços que necessita.

Os aspectos operacionais e técnicos desta articulação estarão subordinados a definições das questões levantadas anteriormente. Isto não quer dizer que estes não apresentem para o programa riscos e limitações na atual fase de implantação.

Entende-se que a condução do processo de implantação do PREV-SAÚDE não deva ser resultante de um acordo entre grupos técnicos bem intencionados e as tradicionais forças de política de pressão no setor, mas ampliada a outros setores da sociedade, sem o que a base essencial do programa estará comprometida nos seus primeiros passos.

A fim de que possa ser obtida uma perfeita articulação dos atendimentos básicos com a assistência secundária e terciária, torna-se necessário que sejam respeitados os critérios específicos que se seguem:

1) a estratégia de articulação deverá obedecer a uma regionalização das situações peculiares de cada local ou zona-alvo, em face das múltiplas condições geo-sócio-econômicas existentes no Brasil e mesmo em cada estado federativo ou grandes centros urbanos;
2) completa e total integração interinstitucional para que os aspectos funcionais do sistema sejam prevalecentes sobre a programática da instituição;
3) revisão dos atuais programas em desenvolvimento em cada unidade assistencial para adaptá-la às suas funções futuras dentro do sistema, podendo haver remanejamento de equipamento e pessoal, bem como da filosofia assistencial;
4) em qualquer circunstância, implantar uma rede de complexidade crescente, suficiente para atender à demanda, econômica, com procedimentos no máximo possível padronizados, possuidora de um sistema de intercomunicação com permanente fluxo de informações nos dois sentidos, a fim de permitir a flexibilidade do encaminhamento do paciente, com informações médicas confiáveis do atendimento primário ao secundário e ao retorno deste;
5) divulgação ampla dos procedimentos de operação do sistema, com informações de fluxo, a fim de ser obtida a conscientização e participação da comunidade;
6) competências administrativas delegadas, com supervisão hierarquizada em regionais e sub-regionais;
7) a assistência médica secundária e terciária será prestada em centros de saúde, unidades mistas e hospitais, segundo os critérios do Ministério da Saúde;
8) no sistema hierarquizado do atendimento ambulatorial bem como no do hospitalar, deve-se, levando em conta a regionalização, buscar dotar as unidades com o máximo de capacidade resolutiva;
9) no momento, além das unidades do poder público, a depender das necessidades regionais para a montagem do sistema, poderão ser utilizados serviços beneficentes e da rede privada, quer ambulatorial ou hospitalar, sob orientação normativa do sistema, para a prestação de assistência secundária e terciária.

As diretrizes gerais quanto à articulação dos serviços em diferentes níveis, no Sistema Nacional de Saúde, levarão em conta que:

1) deve ser garantido o acesso a todos os níveis de assistência àqueles que assim necessitarem, sem distinção da condição sócio-econômica do cidadão, eliminando-se, inclusive, as clientelas cativas ainda remanescentes (rurais, urbanas e carentes);
2) tal articulação deve ser planejada e executada em um esforço coordenado dos setores responsáveis nos governos federal, estaduais e municipais;
3) deverá ser dada absoluta prioridade aos financiamentos a rede básica (inclusive os captados no exterior), preferencialmente

aos estados e municípios, a fim de dar-lhes condições de operacionalidade no sistema;

4) o estado coordenará os planos e programas de articulação inter e intra-institucional envolvendo os órgãos federais e municipais;

5) tal articulação deve mobilizar ao máximo as lideranças das regiões em que atuam, de modo que identifiquem a rede básica como uma organização voltada para os próprios interesses da comunidade e que permita a participação destas lideranças no seu planejamento, gestão e funcionamento;

6) dever-se-á proceder à reforma da política de pessoal e de tecnologia, necessária a estender a toda a população os benefícios da assistência médica, em função dos objetivos gerais do sistema e não em função das peculiaridades de cada instituição envolvida;

7) dever-se-ão submeter aos objetivos gerais da rede básica de serviços todos os setores públicos e privados envolvidos, devendo o poder público federal, estadual e municipal combater eficazmente as resistências à introdução da assistência básica de saúde no País;

8) garantir a capacidade de assistência dos serviços de saúde dos municípios, principalmente na área rural, e eliminar a ociosidade destes mesmos serviços na área urbana, dando especial ênfase à correção das distorções encontradas nas regiões metropolitanas ;

9) a rede de cuidados primários e significativa parte dos serviços especializados devem estar sob a responsabilidade direta do Estado, de forma que o governo esteja seguro e independente das pressões de interesses criados e alheios aos objetivos gerais do Sistema Nacional de Saúde.

DEBATES EM PLENÁRIO

O Dr. Mozart de Abreu e Lima (Presidente) – Houve uma recomendação, identificada na organização do trabalho, no sentido de que fossem evitadas moções que pudessem, talvez, perturbar o desempenho e o desenvolvimento dos objetivos da 7.ª Conferência Nacional de Saúde, que são os serviços básicos de saúde. Reconhecemos, também, a oportunidade dessa colocação, pois esses fatos ocorreram, efetivamente, quando aqui estava reunida a 7.ª Conferência Nacional de Saúde. Talvez pudéssemos, não nesta fase dos debates, mas após a leitura e apresentação do relatório final, abrir a possibilidade de apresentação de moções específicas. Gostaria de colocar o assunto à consideração da própria Conferência, logo após o término dos debates. Franqueio a palavra aos senhores participantes para discussão das conclusões dos vários grupos de trabalho, referentes aos vários subtemas da 7.ª Conferência Nacional de Saúde.

O Dr. Jorge Ossanai – Um ponto que me chamou a atenção, por parecer conflitante, é o que se refere à alocação de recursos. As proposições de três grupos de trabalho foram de que se deixasse de depender de convênios ou de atos de pseudopaternalismo para que se pudesse tocar esse programa para a frente. E há um comprometimento oficial, formal, pela primeira vez na história da saúde pública, inclusive do Presidente da República, que aqui aprovou essa linha de integração. Então, nada mais justo que realmente sejam alocados recursos diretamente ao Ministério da Saúde e ao sistema que coordena a aplicação desses recursos. Um grupo afirmou em seu relatório que os convênios deveriam ser automaticamente renovados, com uma correção igual à correção monetária ou coisa desse tipo. Acho isso muito perigoso e contraditório, pois, se queremos fazer uma expansão de cobertura, evidentemente gastaremos, pelo menos inicialmente, mais recursos. E se tivermos essa correção, ela não passará da correção monetária, e então não será possível fazer expansão de cobertura. Ou a situação seria diversa: os recursos seriam demais, suficientes para a expansão, e haveria um esbanjamento no ano um. De modo que gostaria que isso ficasse registrado ou que fosse debatidu, porque realmente acho que a Conferência deveria fazer um esforço para que o setor saúde fosse, de verdade, aquinhoado de recursos, uma vez que sempre se dizia que não tínhamos programa. Agora temos. Então, não existe mais desculpa.

A Dra. Iraci Afonso de Moura – Também na mesma linha de complementação do trabalho dos grupos, lembraria que a participação comunitária foi referida pelos relatórios dos diversos grupos, que ressaltaram a participação comunitária nas ações básicas de saúde. Observa-se uma multiplicação do trabalho comunitário em diversos ministérios. No Ministério do Interior, as superintendencias

de desenvolvimento adotam trabalhos comunitários, além do Projeto Rondon, CODEVASF, DNOCS, etc. No âmbito do Ministério da Saúde, há os centros sociais de saúde, centros rurais e, agora, a proposta de ações básicas de saúde, com a participação comunitária. No Ministério da Agricultura, além do PRODECOM, temos o INCRA, SUDEPE e a EMBRATER, e, no MEC, o Mobral.

A participação comunitária foi lembrada aqui como um modismo atual. Poderia lhes dizer que ela já é uma realidade, precisando apenas de uma maior complexidade, com a articulação e integração das várias instituições, das várias iniciativas interministeriais e interinstitucionais, já que o componente de saúde não pode ser tratado de forma isolada, mas em integração com os demais componentes sócio-econômicos. Gostaríamos de complementar a proposta do grupo de participação comunitária, sugerindo a criação de um sistema de articulação e integração do trabalho comunitário a nível nacional, regional e local. E sugerimos ainda, para facilitar a expressiva participação da comunidade e o desenvolvimento das ações básicas de saúde, que o desenvolvimento da comunidade seja incluído na preparação e capacitação dos recursos humanos para as ações de saúde. E os recursos humanos aí entendidos como os técnicos e os agentes de saúde.

O Dr. Manoel da Costa Souza – Gostaria de lembrar que, quando pensamos em participação comunitária, nos atemos mais especificamente ao que os nossos técnicos ou nossos auxiliares de saúde podem levar ou devem levar às comunidades no sentido de despertar nelas um interesse novo ou de trazer à tona interesses até esquecidos. Mas, o que me preocupa, sobremodo, é que, e isso vai a título de sugestão, seja criado um modo de se horizontalizar o conhecimento de saúde. Não a nível de técnicos, porque a gente vai ensinando as pessoas até o auxiliar de enfermagem, ou até o atendente de enfermagem. E se estabelece uma parede muito sólida entre o que o atendente de enfermagem deve saber e o que o resto da população deve saber. E, analisando de uma maneira um pouco polêmica, diria, o que o agente de saúde mais elementar deve saber e o que a comunidade não deve saber. Tenho a impressão de que se deveria pensar numa programação a nível nacional que horizontalizasse o conhecimento médico, o conhecimento de saúde, para que este conhecimento chegasse de maneira mais natural, mais espontânea, a todos os rincões, a todas as pessoas deste Brasil.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Muito obrigado. Continua franqueada a palavra. Gostaria, inclusive, que pessoas que não se sentiram representadas nas conclusões dos grupos de trabalho aqui apresentadas se valessem desta oportunidade para fazer referência a qualquer posição individual acerca dos temas tratados.

O Dr. Arlindo Fábio Gomez de Souza – Tenho cinco considerações a fazer. Parece-me que o próprio silêncio é reflexo, em parte, do que pretendo considerar. Em primeiro lugar, um fato original dentro da organização de serviços de saúde no País, que é a aceitação unânime, na esfera técnico-política, da liderança do Ministério da Saúde em relação à condução do Sistema Nacional de Saúde. Em segundo lugar, que a manutenção dessa liderança por parte do Ministério da Saúde está condicionada à garantia de recursos substanciais para o mesmo ministério. Em terceiro lugar, também fato original na história da saúde pública neste País, a aceitação unânime do programa de extensão de cobertura através dos serviços básicos de saúde. Em quarto lugar, que essas ações devem, sob a coordenação do Ministério da Saúde, ser desenvolvidas pelas secretarias de saúde e pelos municípios, prioritariamente. Em quinto, e talvez mais importante, que a população brasileira, vítima dessas ações, ainda não participa do processo decisório das mesmas, e que o fará, na medida em que for incorporada à prática das ações propostas, e que isso representará o fator determinante para o seu sucesso. Em última análise, a possibilidade de sucesso dessa programação aqui desenvolvida, e unanimemente acatada a nível das esferas técnico-políticas, depende exclusivamente da participação efetiva da população, não a nível do discurso, mas a nível da prática, incorporando todas as contradições que possam advir dessa mesma participação da população na medida em que ela assuma também aquilo que lhe é de direito, a capacidade de decisão sobre as ações que se desenvolvem na área da saúde no País.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Realmente, constitui um fato auspicioso para o momento atual da saúde pública brasileira essa oportunidade de se verificar unanimidade sobre determinados pontos que normalmente eram muito conflituosos em situações anteriores. Outro fator muito importante é que tivemos a possibilidade efetiva de poder participar dos debates, em cada grupo, ou em plenário, com os colegas representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Em especial, gostaria de chamar a atenção e de lembrar que devemos nos acostumar ao fato de que, muitas vezes, a crítica que se faz a uma instituição não está propriamente dirigida a ela, mas a determinados modelos que são adotados, e pelos quais as instituições em si não são diretamente responsáveis, seja pela sua definição, seja pela sua execução. Foi um fato muito importante desta Conferência Nacional de Saúde, e que muita honra nos trouxe – à Comissão Organizadora e ao Ministério da Saúde – a possibilidade desse diálogo franco, às vezes até áspero, mas que faz parte da condução de um processo de democracia em termos do setor saúde. Isso foi muito importante e cabe, pois, uma menção especial a todos os colegas, particularmente os da Previdência Social, que aderiram ao debate, que participaram, explicaram e defenderam posições, e mostraram a sua instituição, sem demonstrar nenhum tipo de preconceito. Este é um fator auspicioso desta Conferência, que bem dignifica o seu objetivo principal, o seu objetivo estratégico, que é de conseguir foro adequado para discutir-se o futuro da integração no setor saúde do País.

Nesta oportunidade, gostaria, como prometi ao Professor José Carlos Seixas, de colocar a decisão sobre apresentação de moções, que regimentalmente não estavam previstas, à própria decisão do plenário da 7.ª Conferência, uma vez que a Comissão Organizadora nada tem a ver com esse fato.

O Dr. José Carlos Seixas – Concordo com a orientação de que a 7.ª Conferência ou qualquer outra Conferência Nacional não é o local para apresentação de inúmeras moções sobre fatos que já ocorreram ou que irão ocorrer. Ora, mas o fato a que nos referimos é, por assim dizer, inusitado. E nossa omissão será um atestado de alienação, pois isso está acontecendo hoje e põe em risco a capacidade brasileira de resolver seus problemas e a capacidade da administração pública sanitária de conduzir bem os seus programas e as suas soluções. Acredito que deveremos nos manifestar, fugindo das regras previstas, que são regras para bem conduzir os trabalhos. Se isso é um fato novo, quebrem-se as regras e se coloque o que tem que ser colocado. Não estou defendendo ninguém, pessoalmente, embora me pareça ser importante resguardar um Ministro de Estado que, a esta altura, poderá ser maculado, e a quem somente temos que elogiar por sua conduta na direção dos destinos da pasta. Não podemos persistir numa atitude, que senti muito quando estava do outro lado, segundo a qual, quando os problemas surgiam, ficava por isso mesmo. O importante é que o grande público precisa saber qual é o pensamento da comunidade técnico-científica responsável por isso. E ninguém está falando nisso. Como, providencialmente, essa comunidade está reunida, não devemos deixar nossa manifestação para depois. Insisto em quebrar uma regra, sei que a quebrei e por isso pedi uma questão de ordem, mas acho que o assunto merece uma imediata posição da comunidade técnico-científica de saúde. É claro que isso é, inclusive, uma forma de ratificar o compromisso que todos temos para com o Ministério da Saúde, no sentido de nos desdobrarmos na luta contra a poliomielite neste país, o que também justifica uma manifestação de todos nós neste sentido. Era essa a minha posição e era isso que eu queria colocar.

O Dr. Jorge Ossanai – Antes que a moção seja colocada em votação, gostaria de lembrar que, por sermos uma comunidade científica, não podemos estar aprovando moções sem saber do que se trata. E tenho a impressão de que, pelo menos uma parte dos participantes não sabe do que se trata, quem está com a razão, o que está acontecendo. Eu, por ter facilidade de acesso e por ter buscado informações junto às pessoas que analisaram o projeto apresentado pelo Dr. Sabin, tive oportunidade de conhecer o projeto e as suas falhas. Por isso, evidentemente, eu apoiaria a moção do Dr. Seixas. Mas, acho que é justo

que a comunidade aqui reunida saiba do que se passou.

O Dr. Sabin se fez convidar e compareceu a este país, paga a passagem por grupos comerciais. É claro que o Ministro formalizou o convite, porque não se recusa convite a um cientista tão importante como Albert Sabin, a quem ninguém nega valor como virólogo e como imunólogo. Mas sabemos que nosso Ministério tem fornecido técnicos de nível internacional, através da Organização Mundial da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde e outros organismos internacionais, principalmente no campo da Estatística e da Epidemiologia, para dar assessoria a outros países, porque realmente entendem e sabem se adaptar às condições locais. São capazes de assessorar países desenvolvidos da Europa e da América do Norte, como também são capazes de trabalhar na Africa, na Ásia e em outros países bastante subdesenvolvidos. Foi esse grupo técnico que analisou o projeto e verificou que havia falhas estatísticas e de estratégia administrativa muito grandes. Essas falhas diziam respeito principalmente ao problema da amostragem. Simplesmente, o cientista, que queria ver realizado no mais curto espaço de tempo possível o trabalho, achou por bem utilizar como ponto de partida os coeficientes de prevalência da poliomielite em Gana, de onde trouxe o projeto. O grupo do Ministério da Saúde jamais se manifesou contrário a realizar esse trabalho, mas queria que houvesse uma coisa muito simples, e que todos nós fazemos, que era um estudo-piloto para se ter uma idéia da prevalência. Mas o cientista não aceitou isso. Não posso dizer que não aceitou isso, mas se discutiu muito sobre aspectos como o tempo muito curto de realização, custos bastante elevados, a diferença entre a população de Gana e a brasileira, que tornaria enorme a amostra e, além disso, os locais selecionados que poderiam distorcer a amostra. Todos esses problemas foram levantados e, infelizmerge, o Dr. Albert Sabin talvez tenha se irritado, porque na metade das discussões, de repente, se teve a notícia de que ele teria ido embora (mas, parece que não foi). Trata-se, portanto, de um comportamento não científico e, realmente, acho que para nós é fácil de entender isso, mas para o povo em geral é difícil. Esse cientista é uma autoridade no campo da Virologia e Imunologia, mas onde se fez junto com uma equipe. E agora não quer fazer um trabalho de equipe. Acho muito injusta essa cobertura que a imprensa, principalmente uma delas, que tem vinculação de parentesco con o cientista, fez em seu editorial, quando o texto da notícia esclarecia perfeitamente tanto a posição do Ministro como a posição de Albert Sabin. Foi uma coisa lamentável e, por outro lado, muito perigosa para nós, pois enfraquecer o Ministro pode interessar não apenas a um jornal mas a vários grupos econômicos, caso seja levado avante o plano que foi aqui acatado e aprovado pela unanimidade dos participantes da Conferência. Talvez seja o caso de o Ministério colocar esse projeto à disposição de outros que também tenham a oportunidade de analisá-lo, conhecer suas falhas e se manifestar.

O Dr. José Carlos Seixas – No caso específico, o projeto foi mandado para o Secretário de Saúde de São Paulo, que, depois de analisá-lo, telefonou ao Ministro de Estado colocando o problema da necessidade de maiores estudos. E recebeu a resposta do Ministro de que o projeto estava sendo estudado internamente. Acredito que para os outros estados também foi mandada a proposta de levantamento, se é que esse é o motivo essencial da questão. A minha proposta está feita, independente do motivo essencial da questão levantada.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – A mesa deseja prestar um esclarecimento. Primeiro, qualquer decisão do plenário relativa a apresentar moções específicas em relação a esse caso é uma decisão plena e total do plenário, e não deve representar uma moção da 7.ª Conferência, mas de seus paçticipantes. E gostaria de esclarecer também que todos os fatos expostos na nota do Ministério da Saúde representam tudo o que ocorreu na presente história. Não há nada a acrescentar por parte do Ministério da Saúde, que encaminhou a todos os secretários de saúde dos estados o pedido para a realização da aludida pesquisa e que, ao mesmo tempo, em face da urgência que se solicitava do Ministério para uma ação nessa área, solicitou também uma determinada assessoria estatística, representada por profissionais de grande renome, inclusive internacional, para que assessorassem o Ministro da

Saúde na decisão quanto à oportunidade e ao momento de realizar a aludida pesquisa.

Segundo, a presença do Prof. Albert Sabin no Brasil efetivamente resultou de um convite do Senhor Ministro da Saúde para assessorá-lo na condução dos trabalhos relativos à epidemiologia da poliomielite no Brasil.

Terceiro, que toda e qualquer participação de empresas jornalísticas neste caso recente foi em apoio ao próprio Ministério da Saúde; portanto, só temos a agradecer o apoio das empresas jornalísticas, sejam quais forem. O Ministério da Saúde tem um profundo apreço à imprensa brasileira no seu conjunto, sejam quais forem os órgãos dela representantes, que têm merecido, merecem e continuarão a merecer toda e qualquer liberdade de trabalho possível dentro do Ministério da Saúde, e aos quais toda e qualquer informação será prestada. Não teve o Ministério a menor dificuldade quando ocorreu o caso específico do surto de poliomielite nos estados do Sul do Brasil, tendo adotado todas as providências para a materialização de ações com vistas à solução desse problema.

Quando ocorreu o surto de febre amarela silvestre no Centro-Oeste do País, também o Ministério da Saúde foi o primeiro órgão a procurar a imprensa para notificá-la, inclusive para buscar sua colaboração, a fim de esclarecer efetivameete as comunidades quanto ao diminuto risco que isso representaria para elas no seu conjunto. Portanto, usou os canais de comunicação fornecidos pela imprensa, que tem ajudado efetivamente o Ministério da Saúde em todo esse problema relativo à poliomielite, divulgando toda e qualquer norma do Ministério da Saúde, e promovendo meios para a efetiva realização do programa.

O Ministério da Saúde, seja qual for a empresa jornalística, só tem a agradecer, a colaboração que lhe foi dada ao facilitar a vinda ao Brasil de uma autoridade estrangeira. Portanto, a presença do Prof. Albert Sabin no Brasil foi uma decisão do Ministério, representou e representa motivo de satisfação ter contado com a sua assessoria, específica e eficiente, numa série de fatos tratados a nível de epidemiologia da poliomielite. O que a nota do Ministério define é que também no Brasil se dispõe de recursos humanos aptos, capazes de desenvolver, de realizar e de executar, e de saber se deve ou não ser realizado em determinado momento um determinado estudo ou trabalho, independente das opiniões que possam ser contraditórias, e seja qual for a exponência internacional ou nacional.

O Ministério da Saúde nenhuma mágoa tem do professor Albert Sabin que, com sua presença, contribuiu muito para que o problema da poliomielite fosse levantado, para que as comunidades dele tomassem conhecimento. O simples problema relativo à oportunidade, ou não, de realizar uma pesquisa até o dia 15 de abril, que era o desejado pelo Dr. Sabin, é que motivou a solicitação do Senhor Ministro, em função da assessoria estatística que teve e, inclusive, também, em relação a telefonemas recebidos de alguns secretários de estado, recomendando ao Ministro da Saúde que tivesse precaução e cuidado no sentido de evitar que mais uma informação, mais um estudo, mais dados estatísticos referentes à poliomielite pudessem contribuir para não se conhecer a efetiva profundidade desse problema.

O Ministério da Saúde está desejoso de reiniciar, com todos os epidemiologistas e estatísticos que desejem contribuir, e realizará a pesquisa proposta, logicamente, devidamente reestruturada em seus termos estatísticos, para que realmente possa oferecer ao governo brasileiro, em todos os seus níveis, a informação precisa sobre a magnitude efetiva do problema da poliomielite no Brasil. Por outro lado, o Ministério da Saúde não reconhece que a reallzação e a manipulação dessa pesquisa até 15 de abril pudessem servir de alguma maneira para os objetivos referentes à programação do controle que será desenvolvida no dia 14 de junho, Dia Nacional de Controle da Poliomielite, e no dia 16 de agosto do corrente ano. Essas informações, absolutamente, não interferem na realização, agora ou em julho, da pesquisa, não exercem qualquer interferência sobre a qualidade e a eficiência dos trabalhos de planejamento e execução das campanhas nacionais. Portanto, tudo o que a nota do Ministério disse é o que o Ministério tem a oferecer à opinião pública e à comunidade científica. Logicamente, nos sentimos sensibilizados pela colocação do professor Seixas, de propor, ao nível da Conferência Nacional de

Saúde, dos seus participantes, uma decisão quanto à moção referente a esse tema.

O Dr. José Alberto Hermógenes de Souza – Essa é uma questão de ordem que eu gostaria de levantar. Acredito ser do interesse de todos os participantes da Conferência a necessidade de uma manifestação sobre os acontecimentos veiculados pela imprensa. Portanto, proponho que se dê tempo para a apresentação de outra mensagem sobre o mesmo assunto, redigida de forma diferente, ou que, caso se mantenha a proposta do Dr. Seixas, sejam colocados em votação o primeiro e o segundo pontos, separadamente.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – A mesa mais uma vez esclarece que o que está em discussão é a possibilidade de se incluir uma moção referente ao tema poliomielite, na atual fase da Conferência. Não está ainda em discussão o tema da própria moção. Eu pediria agora, após este esclarecimento, que os participantes se manifestassem sobre a oportunidade da apresentação da moção sobre o tema, na 7.ª Conferência Nacional de Saúde. É isso que colocamos agora em discussão, a aprovação ou a rejeição da moção. Solicito, pois, aos participantes que queiram manifestar-se a favor da colocação proposta pelo Dr. Seixas, que se coloquem de pé.

Parecendo-me aprovada por unanimidade, solicitaria ao Dr. Seixas que fizesse uma articulação prévia no sentido de verificar se existe outra pessoa com proposta de moção semelhante, para que possa, então, coordenar a atividade de apresentação e leitura da moção.

O Dr. José Carlos Seixas – Na realidade, tínhamos três grupos diferentes, mas chegamos a um acordo geral. Portanto, a moção ficaria da seguinte forma: (Lê a moção).

O Dr. Eduardo de Mello Kérstesz – Eu acho que a proposta é, quase toda ela, muito boa, excetuado o parágrafo que elogia e que se refere ao Prof. Albert Sabin. No meu modo de ver, acho que é totalmente dispensável comentar irrespensavelmente o assunto, o que poderia influir negativamente na opinião de muitas pessoas desinformadas e até mesmo na própria imprensa, levando-se em conta um certo conceito de que ele goza no País e, com isso, comprometer um trabalho da maior seriedade que está sendo feito por este Ministério. Proporia, então, que se omitisse, no mínimo, qualquer alusão ao Prof. Sabin, para não se fazer qualquer alusão pejorativa ao tipo da interferência que ele está fazendo.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Algum participante deseja ainda usar a palavra ou manifestar-se sobre a proposta, em função da colocação do Dr. Eduardo Kérstesz?

O Dr. Josicelli Freitas – Diante da leitura atenta da carta do Prof. Sabin ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República, eu acordo totalmente com a opinião do Dr. Kérstesz, uma vez que, na referida carta, me parece que ele procura dar uma falsa noção da atuação do Ministério da Saúde.

O Dr. Djalma Anfonino de Oliveira – Já que foi acolhida a moção, e partindo de quem partiu, para mim isso é o que tem uma grande importância, a autoridade de um ex-ministro interino da Saúde, o ex-secretário-Geral do Ministério da Saúde, o ex-Secretário Nacional de Ações Básicas de Saúde, a pessoa da estatura científica e moral de José Carlos Seixas. Acho que nós temos que fazer alguma coisa para que isso se formalize e materialize, sem discussões que possam viabilizar um impasse. Eu proporia, então, atendendo à importante colocação que foi feita pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde, que a nota oficial do Ministério da Saúde prevaleça, como palavra oficial do Senhor Ministro da Saúde, e que o segundo item da moção contenha uma manifestação de solidariedade e apoio à referida nota. Essa é a colocação que quero fazer, para simplificar e desburocratizar aquilo que acredito ser o pensamento comum dos participantes da 7.ª Conferência Nacional de Saúde.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Em face dos pronunciamentos, e não querendo ninguém mais usar da palavra, gostaria de submeter à aprovação, item por item, a proposta de moção apresentada.

Primeiramente, submeto à aprovação o item um: (Lê). Pediria àqueles que estejam favoráveis a esse primeiro capítulo que se levantem. Aprovado por unanimidade.

Coloco agora em votação o segundo item da moção.

Um Participante – Uma questão de ordem para encaminhar a votação. Pediria preferência na votação da proposta do Dr.

Djalma Oliveira, no que se refere à segunda parte.

O Dr. José Carlos Seixas – Como não está escrita a proposta do Dr. Djalma Oliveira, confesso que se torna difícil propor a votação. Gostaria de acrescentar que, em relação à nota oficial do Ministério da Saúde, acho que isso é um problema nosso, o qual já foi expresso com todos os dados possíveis, e, na minha opinião, gostaria que a votação fosse encaminhada sem referência à mesma.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Perguntaria ao Dr. Djalma Oliveira se ele concorda em retirar a sua proposta, senão terei que submetêla à votação.

O Dr. Djalma Antonino de Oliveira – De acordo com a manifestação da maioria, eu, como democrata, retiro a proposta.

O Dr. Mozart de Abreu de Lima – Coloco, então, em votação, o segundo item do texto da moção. (Lê).

Aprovado.

Em votação a terceira parte da moção. Aqueles que a aprovam queiram levantar-se.

Aprovada por unanimidade.

Senhores participantes da 7.ª Conferência, esta é, praticamente, a sessão final dos trabalhos. A tarde haverá a apresentação do relatório final da Conferência e o encerramento, com a presença do Senhor Ministro da Saúde. Alguma questão de ordem?

Um Participante – Acho que a nota está muito bem redigida. Me parece apenas que a palavra intensificar, no primeiro parágrafo, pode dar margem a interpretações errôneas, como se fosse uma resposta às pressões que estão sendo feitas pelo Prof. Albert Sabin ao Ministério da Saúde, o qual passaria, então, a intensificar as ações. Na verdade, o Ministério da Saúde não vai intensificar nem desintensificar; vai atuar na medida correta, na medida exata. Por conseguinte, se for ainda pertinente, gostaria, apesar de não ser uma coisa fundamental, que se submetesse a votação a substituição da referida palavra.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Somente o plenário poderá se manifestar, visto que é uma colocação já aprovada por unanimidade. Se há alguma necessidade de retificar algum termo do primeiro parágrafo, gostaria que o Dr. José Carlos Seixas encaminhasse a matéria.

O Dr. José Carlos Seixas – Não sou contra rediscutir os termos propostos, mas diria que a colocação que foi feita reflete o espírito verdadeiro desta administração. Havia uma luta de controle da epidemia, não da endemia, e essa luta agora está se intensificando. Apesar do Prof. Albert Sabin ter entrado nessa história, a intensificação já era uma decisão do Ministério. Os secretários todos sabem que eu mesmo, quando estava nessa administração, pedi a intensificação. E acho que isso retrata a realidade. Portanto, creio que deve ser mantida a idéia de intensificação.

O Dr. Mozart de Abreu e Lima – Considerando que é um texto já aprovado e que seu propositor o mantém da forma tal como foi expresso, representando todo um trabalho histórico da luta contra a poliomielite no Brasil, recomendo que seja mantido o referido texto.

Portanto, senhores, em atenção à decisão da mesa, essa moção dos participantes da 7.ª Conferência Nacional de Saúde fará parte dos anais, mas não dos relatórios conclusivos dos trabalhos da Conferência.

Agradeço, sensibilizado, todo o esforço desenvolvido até hoje, a paciência dos senhores em suportar a sobrecarga de trabalho e espero contar com o brilho da presença de todos os senhores no encerramento dos trabalhos da 7.ª Conferência Nacional de Saúde, que contará também com a presença do Senhor Ministro da Saúde. Muito obrigado.

RELATÓRIO FINAL
DA 7.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

1 – INTRODUÇÃO

A 7.ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n.º 84 106, de 20 de setembro de 1979, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, João Baptista de Oliveira Figueiredo, às 14:30 horas do dia 24 de março de 1980, no Palácio Itamaraty, em Brasilia, com a presença dos Ministros das Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, dos Presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, do Governador do Distrito Federal, bem como do Diretor-Geral da Organizaçâo Mundial da Saúde. Também estiveram presentes à cerimônia de abertura o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Chefe de Área desse órgão para o Brasil, representantes dos demais ministros que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social, e autoridades, tanto do setor saúde, quanto dos setores afins.

As Conferências Nacionais de Saúde vêm sendo organizadas em virtude de a Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu nova organiização ao Ministério da Educação e Saúde, haver estabelecido que o governo as convocaria a cada dois anos. As duas primeiras conferências se realizaram no Rio de Janeiro, sob os auspícios daquele Ministério, nos anos de 1941 e 1950. A 3.ª Conferência foi também realizada naquela cidade, em 1963, já pelo Ministério da Saúde, criado em 1953 e instalado em 1954. Somente em 1967 é que, por proposta do Conselho Nacional de Saúde, teve lugar a 4.ª Conferência, ainda no Rio de Janeiro. A partir daí as Conferências Nacionais de Saúde passaram a se realizar em Brasília, efetuando-se a 5.ª e a 6.ª em 1975 e 1977, respectivamente.

A convocação da 7.ª Conferência Nacional de Saúde teve por finalidade submeter a amplo debate os propósitos do governo quanto às ações a serem empreendidas, pelo Ministério da Saúde, com respeito à implantação e desenvolvimento de um programa nacional de serviços básicos de saúde que, sob a responsabilidade direta do setor público e sem prejuízo de um setor privado independente, vise oferecer à população brasileira um grau de cobertura de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Por outro lado, quis o governo brasileiro marcar, com a vinda do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, o seu formal e definitivo engajamento no esforço de caráter mundial a que todos os países, com base na Conferência de Alma-Ata, de setembro de 1978, e na 32.ª Assembléia Mundial da Saúde, de maio de 1979, se comprometeram a realizar dentro do lema “Saúde para todos até o ano 2000”, em prol da elevação do nível de saúde de suas populações. Desejou, por fim, o governo oferecer à Nação uma prova de sua determinação em imprimir à sua ação, no vasto campo da saúde, perfeita coerência e efetiva coordenação, através de ampla participação social e institucional, a ser orientada por uma nova política nacional de saúde devidamente integrada no processo de desenvolvimento do País.

Foi, assim, decidido que a Conferência teria um tema único e central – Extensão

das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos – e que seus trabalhos compreenderiam:

a) exposições pelos ministros de Estado integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social e por secretários de saúde de três estados – Bahia, São Paulo e Pará;

b) painéis para discussão em plenário de dois tópicos especiais do tema central; e

c) grupos de debates sobre assuntos específicos relacionados à extensão da cobertura de saúde e, particularmente, aos vários aspectos do atendimento primário nesse campo.

Participaram dos trabalhos:

I) Como delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados.

II) Outros funcionários designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

III) Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV) Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas.

V) Secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos territórios, e outras autoridades da área de saúde das unidades da Federação, especialmente designadas.

VI) Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades paraestatais.

VII) Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada.

VIII) Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

IX) Representantes de organismos internacionais de saúde.

X) Representantes do clero.

Estiveram presentes cerca de 400 participantes que, além de tomar parte nos painéis, foram distribuídos por 16 grupos de debates atendendo a um subtema escolhido no ato de inscrição. Os subtemas foram os seguintes:

• Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.

• Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde – O PLANASA e o Saneamento Simplificado.

• Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.

• Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.

• Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.

• Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.

• Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.

• Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.

• Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.

• Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.

• Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

2 – CERIMONIA DE ABERTURA

Três pronunciamentos da mais alta importância foram feitos por ocasião da cerimônia de abertura. O primeiro, pelo Senhor Ministro da Saúde, Dr. Waldyr Mendes Arcoverde, ao apontar "Um novo caminho para a saúde", ressaltou que "é tempo de construir" o tão esperado Sistema Nacional de Saúde, indicando a necessidade de regulamentá-lo num harmonioso entendimento interinstitucional e intersetorial, de modo a ensejar o aperfeiçoamento de seus processos e procedimentos segundo uma orientação normativa comum a ser livremente aceita e executada, com a preservação de ampla autonomia institucional. Ao propor a crescente articulação das instituições e forças que atuam no setor social, o Senhor Ministro da Saúde justificou sua aceitabilidade política, sua viabilidade econômica, sua exeqüibilidade técnica e, particularmente, sua clara desejabilidade social.

O Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, além de chamar a atenção para o fato de a saúde poder constituir-se, por sua não controvertida conotação social ou política, em denominador comum de praticamente toda a gama de iniciativa do setor público, fez es-

pecial menção à existência, neste País, de um Conselho de Desenvolvimento Social presidido pelo próprio Presidente da República, o que vem assegurar, no mais alto nível político, o fortalecimento dos mecanismos de coordenação intra e intersetorial, de que certamente dependerá o bom desenvolvimento de um programa de atenção primária de saúde.

As palavras de Sua Excelência o Senhor Presidente da República vieram, por fim, coroar a cerimônia de abertura, de um lado com a declaração de que "considera o direito à saúde corolário natural do direito à própria vida" e que "o dever do Estado de prover as populações com meios adequados a promoção da saúde e a prevenção da doença antes que à reabilitação do doente — corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito", do outro lado, pela afirmação de que o governo "se propõe a apoiar com os mais altos recursos jamais destinados ao setor, o programa nacional de ações básicas de saúde".

3 — CONFERÊNCIA INAUGURAL

Especialmente convidado pelo Senhor Ministro da Saúde para pronunciar a conferência inaugural, coube ao Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde, apresentar o tema central do conclave — Extensão das ações de Saúde através dos Serviços Básicos —, caracterizando-o com respeito à programação das ações a serem desenvolvidas, bem como aos processos e mecanismos necessários à sua correta implementação. Além de cobrir os aspectos conceituais do problema, a exposição cuidou de revelar como pretende o Ministério da Saúde, em seu papel de elemento nuclear do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, levá-lo a efeito. Foram, nesse sentido, abordados tópicos como organização institucional, atividades de apoio, tecnologia apropriada, recursos humanos, participação, custos, benefícios e financiamento.

Ao lado disso, o conferencista procurou identificar e focalizar, como obstáculos e perigos inerentes a tão vasta tarefa, os problemas operacionais, as dificuldades comportamentais dos indivíduos e grupos envolvidos e, por fim, o problema político. Por tratar-se de uma iniciativa que certamente exigirá reformas, tanto no plano organizacional e administrativo, quanto legal, advertiu que a superação de tais dificuldades dependerá de paciente aplicação de hábil estratégia.

Vale ainda referir que o conferencista também buscou deixar claro o que deve ser entendido por serviços básicos de saúde. De fato, complementando a definição que, a tal respeito, aparece no item 3 . 1 . 1 do documento **Proposição de Diretrizes. Uma Contribuição do Ministério da Saúde (Versão Preliminar),** esses serviços serão, "fundamentalmente, ações realizadas através de uma infra-estrutura física – a rede básica de unidades de saúde, dela podendo prescindir em situações especiais. Um núcleo essencial de atividades mínimas deve ter presença assegurada em todos os casos. Compõem este núcleo mínimo, ajustado as realidades regionais: as imunizações obrigatórias, a vigilância epidemiológica de base, a promoção do saneamento básico (em especial o abastecimento de água), orientação para conservação da saúde, e mobilização comunitária para a participação em atividades de controle das endemias prevalentes, promoção da melhoria da alimentação e tratamento das afecções e traumatismos mais comuns, principalmente para os grupos biológica e socialmente mais vulneráveis."

4 — CONFERÊNCIAS

Registro especial merecem as exposições feitas pelos ministros da Educação e Cultura, do Trabalho, do Interior, e da Previdência e Assistência Social, bem como as conferências pronunciadas pelos secretários de saúde dos estados da Bahia, de São Paulo e do Pará.

Aqueles ministros, todos eles vinculados ao Conselho de Desenvolvimento Social, trouxeram à Conferência o posicionamento de suas pastas no que tange à sua ação solidária com o esforço governamental na área da saúde. O Senhor Ministro da Educação e Cultura, Prof. Eduardo Mattos Portella, buscou ressaltar as atividades conjuntas que seu ministério vem realizando com o da Saúde, no sentido de ajustar o processo de preparação e aperfeiçoamento do pessoal de saúde, de qualquer nível e tipo, necessário à adequada operação dos serviços básicos de saúde. A essa atuação conjunta também estavam associados o Ministério da

Previdência e Assistência Social e, oferecendo sua cooperação técnica, a Organização Pan-Americana da Saúde. Nesse sentido, havia sido reconstituída, através de uma portaria interministerial, a Comissão de Coordenação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, destinada a incumbir-se, em caráter permanente, do estudo do problema em sua mais ampla significação e da proposição das soluções que se indicarem. Particular referência mereceu, na conferência do Senhor Ministro da Educação e Cultura, a formação de médicos gerais, em apoio à universalização da atenção à saúde. A esse respeito, indicou alguns pontos que sua pasta pretenderia implementar, como, por exemplo, as modificações curriculares a nível do ensino de graduação, a utilização de áreas de prática e treinamento compreendendo níveis de atendimento, desde o primário até o especializado, e o contato precoce do estudante com a comunidade. Destacou, finalmente, o papel que a universidade poderá desempenhar como centro permanente de pesquisas sobre metodologia e tecnologia apropriadas à prestação de cuidados de saúde.

A conferência do Senhor Ministro do Trabalho, Dr. Murillo Macêdo, versou sobre "A responsabilidade pública pela saúde do trabalhador", tratando, em seu conjunto, da condição especial que a ele deve ser atribuída como poderoso instrumento do desenvolvimento social e, também, da linha doutrinária geral que vem sendo aplicada pelo Ministério do Trabalho, com suas ações voltadas especificamente a proteção da saúde do trabalhador. O Ministro do Trabalho deixou implícito o conceito de que o homem — e, obviamente, o trabalhador — ao mesmo tempo, instrumento e meta do desenvolvimento social. Frisou, além disso, que tanto a infra-estrutura como a melhoria da renda familiar são inteiramente condicionadas pelo trabalho, levando-o a crer que os investimentos em saúde do trabalhador têm uma outra externalidade: a de proporcionar recursos essenciais para o equacionamento do problema de prevenção de saúde dos demais membros da sociedade.

O Senhor Ministro do Interior, Dr. Mario David Andreazza, fez abrangente, mas concisa exposição sobre a atuação de sua pasta no campo do desenvolvimento social "e sua influência na solução dos problemas de saúde pública". Da maior importância foi sua declaração de que a meta a ser atingida no campo do saneamento básico, até 1985, consiste na instalação de sistemas de abastecimento de água em todos os municípios brasileiros. Destacou que, além de estar sendo promovida a compatibilização do Plano Nacional de Saneamento com a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, vêm sendo estreitados os laços de cooperação entre o Sistema Nacional de Saneamento e a Fundação SESP, do Ministério da Saúde, com vistas não só ao saneamento básico do meio rural e ao controle da qualidade da água, como também ao fortalecimento técnico e financeiro dos órgãos de saneamento dos estados.

Coube ao Dr. Jair Soares, Ministro da Previdência e Assistência Social, encerrar a série de conferências a cargo dos ministros da área social. Em sua enfática exposição, apontou uma série de fatos sobre a conjuntura nacional no campo de saúde, que estão a exigir sérias reflexões e que são os seguintes:

- as despesas com assistência médica no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social quintuplicaram nos últimos dez anos;
- estima-se que o setor saúde consumirá este ano recursos da ordem de 230 bilhões de cruzeiros;
- estima-se que 30 mil médicos recém-formados trabalhem hoje em condições de subemprego;
- calcula-se que existam aproximadamente 70 órgãos públicos com atuação direta na área de saúde;
- estima-se, também, que os serviços públicos de atenção à saúde funcionem com um nível de 60% de ociosidade;
- a mortalidade infantil nas capitais situa-se em torno de 85 por mil menores de 1 ano, com valores extremos bastante distantes;
- a cobertura por ações de imunizações está na ordem de aproximadamente 47% dos menores de 1 ano.

A realidade acima cada vez mais exige que sua pasta atue em estreita consonância com todos os ministérios que compartilham

responsabilidades dentro do setor saúde e, especialmente, com o ministério que cuida especificamente dessa área de ação governamental. Dessa articulação e da disposição de sua pasta em contribuir para a reversão da situação resultou a proposição do programa PREV-SAÚDE que, devidamente conformado as diretrizes do Ministério da Saúde, representará "o conjunto de serviços dirigidos às pessoas, a comunidade e a melhoria do ambiente, necessário à proteção e promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das doenças e traumatismos mais comuns, e a reabilitação básica de suas conseqüências".

Conforme afirmou o Ministro Jair Soares, o programa PREV-SAÚDE , ao ocupar o vazio que se observa na estrutura assistencial dos serviços existentes, deve ser visto como representando "o esforço inicial para o estabelecimento da coerência indispensável, indeclinável e oportuna, entre nossa realidade sócio-econômica e assistencial", pois "a persecução a objetivos de tão elevada significação para a coletividade não admite definições e esforços isolados".

A série de conferências a cargo dos secretários de saúde foi iniciada pelo Prof. Jorge Novis, da Bahia, que tratou do tema Extensão das Ações de Saúde em Área Rural. Sua exposição retratou com fidelidade a heterogeneidade brasileira, com uma população ainda apegada ao litoral, mas já realizando "incursões terra a dentro" sem necessariamente levar progresso ou civilização. Reconheceu, porém, que o "futuro próximo de nosso país há de se construir no interior" e buscou registrar que, "no seu contexto clássico, a saúde não poderia fugir ao sentido direcional da conquista de uma nação por si mesma". Daí, nos avanços e recuos da saúde pública no Brasil, via emergir a idéia da cobertura de cuidados primários de saúde, consagrada em Alma-Ata em 1978 e unanimemente ratificada pelos países do mundo na 32.ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1979. Ao mencionar o lento processo que levou a lei do Sistema Nacional de Saúde, advertiu que a mesma já está "a merecer revisão e aperfeiçoamento, em face de novos fatos que decorrem da acelerada evolução do pensamento nacional". Insistiu, por outro lado, em que não se podem destinar soluções iguais para coisas desiguais. Descrevendo o envolvimento da Secretaria de Saúde da Bahia na implantação e gradual expansão do PIASS, o conferencista deu notícia de uma iniciativa do governo do seu estado que valeria a pena ver-se reproduzida no País. Trata-se da vinculação de todos os empréstimos para investimentos agropecuários e agroindustriais, concedidos pelos bancos oficiais do estado, a melhoria habitacional do trabalhador rural, bem como a construção de postos de saúde a serem incorporados à rede básica do estado. A exposição apresentou, por fim, uma série de conclusões e recomendações, todas pertinentes a extensão das ações primárias de saúde. Ressaltem-se, entre as mesmas, as relativas à necessidade de multiplicar a pesquisa em saúde, bem como de promover intercâmbio e troca de experiências sobre o que é ensaiado e realizado.

O Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Dr. Adib Domingos Jatene, buscou ressaltar a importância da existência dos denominados "centros de excelência" em qualquer domínio do conhecimento, como resultado do desenvolvimento sócio-econômico, cultural e científico das nações. No caso específico da saúde, isso seria expresso pelas instituições de caráter hospitalar, dotadas dos últimos avanços da ciência e da tecnologia, sem dúvida prestando inestimáveis serviços, senão até mesmo contribuindo para o desenvolvimento de métodos e técnicas, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, que podem ser extensamente aplicadas por unidades de saúde de primeira linha.

Em sua exposição reconheceu que, por várias razões, a indispensável articulação que deveria existir entre os diversos níveis de um sistema de saúde de cunho nacional ainda não se realizou entre nós como seria desejável, de um lado pelo reduzido número daquelas unidades de base mesmo em cidades como a capital de São Paulo e, do outro lado, pela multiinstitucionalização no campo da saúde, resultando em descoordenação geral, não só quanto ao que se faz como, também, ao que se pretende realizar. Acreditava o conferencista que o Programa Nacional de Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos virá corrigir, no devido tempo, tal distorção, mas advertiu que sua implementação certamente há de exigir recursos financeiros mais

abundantes, somente possíveis de obter, como ocorre, por exemplo, no campo da educação, se forem formalmente vinculados aos programas a serem desenvolvidos. Concluiu por sugerir que tais, "recursos novos poderiam vir de qualquer fonte, mas devem pressupor continuidade e atualização". Animava-se a sugerir, para análise, o acréscimo de 1% na contribuição patronal à previdência social, vinculando os recursos assim obtidos à atenção primária de saúde, e destinando-os aos estados e municípios.

O último secretário de saúde a se pronunciar foi o Dr. Almir José de Oliveira Gabriel, do estado do Pará. Sua conferência focalizou toda a experiência de implantação de serviços básicos de saúde que, nas últimas décadas, vem sendo realizada na Amazônia e, particularmente, no Pará. Por força das circunstâncias o seu estado sempre teve que se ater à necessidade de racionalizar a aplicação de seus escassos recursos através de medidas vigorosamente voltadas para o incremento das ações de primeira linha, "através de unidades locais de saúde, otimizando-se os recursos comunitários e formais disponíveis, pela integração de serviços e programas, com vistas a real extensão de cobertura". A objetiva exposição do conferencista, além de oferecer ampla informação sobre a orientação que vem sendo imprimida naquele estado, focalizou uma série de problemas que começam a surgir em conseqüência das migrações, que estão ocorrendo, de populações que buscam a Amazônia, e revelou que a Secretaria de Saúde do Pará já alcançou elevado grau de articulação com a universidade local no que tange à desejável integração docente-assistencial. Ressaltou, por fim, o harmonioso nível de entendimento existente entre a Secretaria de Saúde e os dois importantes órgãos do Ministério da Saúde que, de larga data, vêm atuando na região, isto é, a SUCAM e a FSESP. Haveria apenas que fortalecer, dentro do programa PREV-SAÚDE, o relacionamento com a previdência social, considerado de fundamental importância para a ampliação da cobertura de saúde a população do estado.

5 — PAINÉIS

Conforme programado, a 7.ª Conferência Nacional de Saúde realizou duas reuniões em painel, destinadas a ensejar amplo debate em plenário de dois subtemas estreitamente vinculados ao tema central: o primeiro sobre Modelos de Serviços Básicos de Saúde e sua Articulação com os Demais Níveis de Atendimento, e o segundo sobre Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde. Foi previsto que a apresentação de cada assunto seria feita por quatro apresentadores, sob a coordenação de um moderador, e que os debates em plenário seriam devidamente registrados e reproduzidos em extenso nos anais da Conferência. Este relatório consignará, portanto, e de maneira muito breve, apenas alguns dos pontos mais salientes das apresentações feitas.

O primeiro painel, presidido pelo Dr. Jofran Frejat e tendo como moderador o Dr. Mário de Magalhães Chaves, focalizou os seguintes assuntos:

- **O Modelo PIASS, sua Programação e sua Evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde,** pelo Dr. José Alberto Hermógenes de Souza;
- **Modelos de Serviços Básicos e sua Articulação com os Serviços Especializados,** pelo Dr. Marlow Kwitko;
- **Serviços Básicos e Serviços Especializados — Análise Crítica,** pelo Dr. Solon Magalhães Vianna;
- **Implantação dos Serviços Básicos a Nível Estadual — a Experiência de Alagoas,** pelo Dr. José Bernardes Neto.

Em sua apresentação, o Dr. Hermógenes de Souza buscou ressaltar a exeqüibilidade do modelo PIASS no Nordeste e a adequação de suas diretrizes as bases sobre as quais o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde podem se apoiar. Para a consolidação do PIASS e a viabilização da rede pública daqueles serviços haverá, porém, que tomar efetivas decisões em termos de regionalização e de descentralização, bem como alocar recursos financeiros às estruturas regionais. Por outro lado, "a participação comunitária devem permear todo o processo de implantação/operação da rede de serviços".

O Dr. Marlow Kwitko, depois de apresentar uma estrutura de serviços básicos constituída de dois modelos fundamentais, um para áreas rurais carentes de assistência médico-sanitária e outro para áreas urbanas que já dispõem dessa assistência, teceu uma série de considerações sobre os componentes do princípio de regionalização que, a seu ver, seriam: suficiência, economia, integração, desconcentração, descentralização e flexibilidade, ao lado de sistemas eficientes de supervisão, informação, avaliação e abastecimento, fundamentais para o sucesso de um programa de atendimento de saúde a nível primário.

Já o Dr. Solon Magalhães Vianna devotou sua apresentação à análise da evolução do PIASS e das implicações de sua utilização como ponto de partida do Programa Nacional de Extensão dos Serviços de Saúde através dos Serviços Básicos. Com propriedade, o conferencista abordou questões como limitações, dificuldades e riscos, concluindo que "a análise de alguns fatores que obstaculizam a extensão da cobertura dos serviços de saúde nem de longe se esgota nesta oportunidade", pois "são problemas cujo equacionamento condicionará o sucesso ou fracasso das novas perspectivas que se anunciam para o setor e que requerem, a curto prazo, definições firmes. mesmo que imperfeitas. O consenso quanto a alguns componentes ainda nebulosos dessa estratégia será alcançado desde que sua busca ocorra sob a óptica do interesse social, em um clima estimulante ao exercício da crítica e do debate como se configura a tônica desta 7.ª Conferência Nacional de Saúde."

O último painelista foi o Dr. José Bernardes Neto. Sua apresentação focalizou a experiência de Alagoas com a implementação do PIASS naquele estado. Apesar das dificuldades que vêm sendo encontradas para o seu pleno desenvolvimento, o apresentador deixou clara a esperança de que novas perspectivas se abram relativamente à cobertura da população do estado com serviços básicos de saúde graças ao impulso que aquele programa deverá tomar dentro do PREV-SAÚDE.

O segundo painel, presidido pelo Dr. Germano Mostardeiro Bonow, Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, e moderado pelo Prof. Frederico Simões Barbosa, focalizou os seguintes subtemas:

- **Ação Integrada Ministério da Saúde/ Secretarias de Saúde na Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços Básicos,** pela Dra. Lia Celi Fanuck;
- **O INAMPS no Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos,** pelo Dr. Harri Graeff;
- **Formação de Recursos Humanos na área de Enfermagem,** pela Dra. Lígia Paim;
- **O Medico e os Serviços Básicos de Saúde,** pelo Dr. João Carlos Serra.

Em sua apresentação, a Dra. Lia Celi Fanuck deixou claro que a ação do Ministério da Saúde junto aos estados nesse campo "tem como ponto de partida a realidade concreta dos respectivos serviços de saúde, segundo o estágio em que se encontra cada secretaria, as condições existentes para a implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e, sobretudo, a ordem de necessidades detectadas, seja pelo próprio órgão estadual, ou auxiliado pelo Ministério da Saúde". Sem uma linha de ação a ser observada dentro e pelo próprio Ministério, através da coordenação de todos os serviços e órgãos a ele pertencentes, ou vinculados, e a aplicação de uma estratégia que permeie toda sua atuação no plano nacional. A apresentadora referiu-se aos mecanismos de atuação comum que a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde está buscando criar no sentido de ser acelerada a idéia da constituição, conforme propõem as diretrizes do Ministério da Saúde, de um sistema nacional de recursos humanos para a saúde.

Coube a Dra. Lígia Paim apresentar o subtema com referência a Enfermagem. Seu documento diz textualmente que "como o sistema de saúde não sobrevive isoladamente, suas modificações terão que alterar outros sistemas, principalmente o educacional e particularmente o sistema formal de preparo de recursos humanos de Enfermagem, em seus objetivos de conteúdos teórico-práticos; também a oferta de empregos, hoje concentrada em hospitais, teria que ser revisada para atender as propostas dos serviços básicos de saúde, mas, sobretudo, as modificações teriam que partir de nós mesmos". Seu ponto de vista foi de que haverá que revisar muitas posições

na área a que pertence, especialmente com referência aos diversos tipos de pessoal de nível técnico-intermediário e auxiliar necessário às ações básicas de saúde.

O Dr. Harri Graeff apresentou uma série de considerações e de informações sobre a importância que o INAMPS concede a preparação e ao aperfeiçoamento de sua força de trabalho. Ao referir-se especificamente a preferência que vem sendo dada a formação do médico generalista, em contraposição à prioridade que aquele órgão dava ao especialista, manifestou-se esperançoso de que o programa de residência em Medicina Social, que está sendo desenvolvido com a cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, venha representar um passo de fundamental impôrtancia para a preparação, no plano multiprofissional, de jovens egressos das escolas de Medicina e das demais ciências da saúde, que decidam optar pelo campo de ação voltado para os cuidados básicos de saúde, na forma proposta pelo Ministério da Saúde.

O Dr. João Carlos Serra apresentou, por fim, um trabalho cuja versão integral compreende um conjunto de propostas, todas elas voltadas para a adoção de inadiáveis modificações e inovações no processo formador do médico, especialmente tendo em vista a preparação do médico generalista. Ao concluir, teceu considerações sobre o drama que atravessa a classe médica, particularmente suas novas gerações, com respeito as enormes dificuldades que enfrentam para exercer a profissão com dignidade, competência e tranqüilidade econômica, vítimas que vêm sendo do verdadeiro não-sistema de saúde neste País, a exigir urgentes reformas.

6 — GRUPOS DE DEBATES

Justo será referir o entusiasmo e a devoção com que os participantes da Conferência se dedicaram aos debates dos subtemas que escolheram ao se inscrever. Para um desses subtemas, o de número 1, houve que organizar três grupos; para os subtemas 3, 5 e 10, constituíram-se dois grupos para cada qual. Aqueles três grupos consolidaram os seus relatórios em um so, o mesmo tendo sido feito pelos outros dois que trataram do subtema 10. Os dois grupos do subtema 5 preferiram, no entanto, preparar relatórios separados, o que elevou para 12 o número de relatórios que foram apresentados em plenário e ali devidamente debatidos na manhã do dia 28 de março de 1980.

O relatório final de uma reunião do porte da 7.ª Conferência Nacional de Saúde, na qual grande variedade de assuntos foi debatida, embora sempre em torno de um tema central único, terá que ser naturalmente conciso, para não se transformar em vasto e repetitivo documento sobre assuntos que teriam sido não só ouvidos e apreciados como, também, discutidos. Desta forma, com referência aos grupos de debates, serão apresentados apenas aqueles pontos dos respectivos relatórios que, a juízo do Relator-Geral, conviria que seu registro se fizesse neste capítulo. A abundância das considerações, idéias, proposições e recomendações contidas nesses relatórios justifica sua inclusão em extenso nos anais da Conferência, o que tornará possível sua posterior leitura por quem não tenha podido debatê-las na sessão plenária dedicada a sua apresentação.

6.1 — Subtema n.° 1: **Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas** (Grupos 1, 2 e 3)

Este tema foi inicialmente submetido, por um dos três grupos que dele se ocuparam, a uma análise de caráter global quanto à intenção dos documentos oficiais contendo a proposta do processo de extensão de cobertura, compreendendo os fatores favoráveis ou desfavoráveis a sua adoção. Os participantes dos grupos estiveram concordes em que há sinais seguros de um genuíno desejo por parte dos ministérios da Saúde e da Previdência Social em se constituírem como peças-chave do programa que, conjuntamente, se propõem desenvolver. Decidiram, portanto, oferecer seu apoio ao documento **Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos,** objeto da conferência inaugural da reunião, tanto em seus aspectos doutrinários quanto programáticos, endossando, por outro lado, o conceito de serviços básicos de saúde nele expendido. Os três grupos decidiram, por fim, fazer uma série de recomendações relacionadas com pra-

ticamente todo o processo de gradual implementação do programa e seu subseqüente desenvolvimento. Sugestões precisas foram apresentadas com respeito, por exemplo, às comissões que deverão orientá-lo; ao fortalecimento das estruturas estaduais e municipais de saúde; à política tributária, com vistas à obtenção de mais recursos; a definição dos níveis de competência; a criação de estímulos e incentivos; a preparação adequada do pessoal necessário; à participação da comunidade; à avaliação contínua dos resultados.

6.2 — Subtema n.° 2: **Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — 0 PLANASA e o Saneamento Simplificado** (Grupo 14)

A reconhecida importância do saneamento básico e da habitação higiênica como fatores primaciais da qualidade de vida — e implicitamente de saúde — permitiu ao grupo devotar-se a formulação de proposições de grande abrangência, indo da "tarifa social", ou da gratuidade para o fornecimento de água, aos sistemas de financiamento para a construção de habitações e de seu saneamento ajustados às condições sócio-econômicas regionais, até a criação de mecanismos a nível estadual para o planejamento, promoção, supervisão e acompanhamento das medidas voltadas para a saúde ambiental, em sua mais vasta conotação. Menção especial mereceu, por parte do grupo, o engajamento do PLANASA no esforço a ser desenvolvido pelo governo com vistas a tornar possível que toda a população brasileira alcance um nível satisfatório de saúde, esforço este que incluirá, entre os desafios a enfrentar, os agravos que as más condições do meio ambiente causam a saúde dos grupos menos favorecidos.

6.3 — Subtema n.º 3: **Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde** (Grupos 7 e 8)

Os dois grupos também aceitaram, como válidas, tanto a conceituação de serviços básicos de saúde expressa na conferência inaugural da reunião quanto à contida no item 3.1.1 das diretrizes do Ministério da Saúde. Seus participantes voltaram-se, pois para o estabelecimento de "tópicos relevantes" e a formulação de propostas sobre: a) políticas voltadas para a formação de recursos humanos para aqueles serviços básicos, e b) estratégias operacionais nesse campo.

Entre os fatores considerados como tendentes a obstar o programa a ser implementado, o grupo identificou a política previdenciária, privilegiando a rede assistencial privada, em detrimento do setor oficial, responsável, embora precariamente, pelos cuidados de saúde do primeiro nível; a diversidade de instituições que, isoladas umas das outras, participam do processo de formação e de utilização da mão-de-obra para a saúde; a carência de recursos para o desenvolvimento apropriado dos serviços de saúde, com a natural evasão de pessoal qualificado; a pressão das instituições e grupos sociais envolvidos, tudo isso se refletindo nas políticas, ou não-políticas, nos planos da saúde, educacional, econômico ou social. Já entre os fatores positivos, facilitadores do programa, foram reconhecidos: a palavra do Senhor Presidente da República na cerimônia de abertura da Conferência; os compromissos, formal e publicamente assumidos pelos órgãos e instituições de saúde pertencentes ao setor oficial; a atitude favorável dos estudantes universitários, etc. Tudo isso conduzirá, segundo o grupo, a necessidade da urgente adoção de políticas visando a formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde, bem como a adoção de estratégias operacionais especialmente formuladas para facilitar a execução das medidas correspondentes às políticas em questão. Entre os passos a serem dados segundo tais estratégias, o grupo procurou ressaltar todo um conjunto de pontos que poderão servir de suporte a execução do programa. Esses pontos, compreendendo desde o fortalecimento de núcleos de formação de pessoal de saúde e o estabelecimento de projetos de integração docente-assistencial até a preparação de pessoal auxiliar e o estímulo de estudos e pesquisas aplicadas a saúde servirão, portanto, de relevante subsídio a formulação, em seus detalhes, do programa de ação.

6.4 — Subtema n.° 4: **Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde** (Grupo 9)

"A supervisão é uma atividade que permeia todos os níveis, todos os procedimentos,

toda a existência dos serviços, e é impossível discuti-la sem ir conhecer a realidade de saúde e de serviços que a determinará." Com esta declaração o grupo deixou bem claro o seu pensamento quanto à indispensabilidade da supervisão para a adequada execução das atividades de um programa de cuidados primários de saúde que, necessariamente descentralizado, será extenso e exigente quanto a sua eficácia e rendimento. Discutiu, pois, o grupo, os princípios que devem nortear o processo da supervisão e sua aplicação ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

No que tange a educação continuada, mister será referir que o grupo entendeu ser esta uma atividade a ser normalmente inserida no processo de supervisão, já que esta deve ser "uma constante pedagogia". Indispensável, porém, será, recomendou o grupo, que isso se faça com a participação das instituições educacionais, particularmente das universidades, estas em estreita articulação com os serviços utilizadores do pessoal de saúde. Essencial, também, será que a mesma sempre tenha um cunho participativo e que as normas de tal processo emanem democraticamente dos próprios grupos a serem supervisionados.

6.5 — Subtema n.° 5: **Responsabilidades e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-estrutura de Apoio nos Estados** (Grupos 4 e 5)

Dois grupos debateram este subtema apresentando relatórios separados, embora coincidentes em sua concisão e linhas gerais. Ambos recomendaram que as diretrizes para a articulação interinstitucional, em qualquer nível, devem emanar da CIPLAN, obedecidas evidentemente as determinações da Lei nº 6.229 quanto às responsabilidades dos níveis de governo no plano federal, estadual e municipal. Foram também feitas recomendações quanto à necessidade da formulação da política nacional de saúde a que se refere tal lei e a conveniência de ser dinamizada a política nacional de saneamento. Um dos grupos recomendou, por fim, "apoio irrestrito aos objetivos da Portaria Interministerial n.º 5, de 11 de março de 1980, dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social".

6.6 — Subtema n.° 6: **Alimentação e Nutrição e os Serviços básicos de Saúde0**

(Grupo 10)

Por tratar-se de assunto praticamente não sujeito a controvérsia, o grupo decidiu centrar seus debates sobre o programa de suplementação alimentar que vem sendo desenvolvido pelo governo, já que o mesmo, ao distribuir alimentos industrializados as populações carentes, pode "provocar fortes distorções no processo produtivo, privilegiando o setor secundário e fortalecendo ainda mais as grandes empresas da indústria de alimentação, reforçando o processo de acumulação e concentração de renda, coerente com o sistema econômico vigente". Por esta e outras razões, o grupo considerou que tal programa só poderia integrar as ações dos serviços básicos de saúde se considerado de caráter excepcional, a ser aplicado somente em zonas onde o problema da desnutrição se revista de um caráter muito grave.

Segundo essa perspectiva, o grupo recomendou que os programas oficiais de suplementação alimentar se voltem precipuamente para o fomento, a produção e a distribuição de alimentos, e que a ação governamental neste campo obedeça e se realize de maneira uniforme sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Outra importante recomendação do grupo foi à relativa a instituição de um fundo especial, com recursos destinados ao Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em volume superior ao de que dispõe atualmente tal programa, para ser gerido pelo INAN, sujeito à aprovação do Conselho de Desenvolvimento Social. 0 abrangente relatório do grupo número 10 não pode ser reproduzido em extenso neste resumo de seu conteúdo. Conviria, porém, que o mesmo logo merecesse a atenção tanto do Conselho de Desenvolvimento Social quanto dos ministérios direta ou indiretamente interessados pelos variados aspectos do mais sério problema de saúde deste país: a desnutrição.

6.7 — Subtema nº 7: **Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde** (Grupo 15)

Em seu relatório, o grupo quis logo de início registrar que foi esta "a primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e enseja de forma específica à discussão sobre a contribuição da odontologia a um programa nacional de saúde". Em seus debates o grupo identificou, na assistência odontológica: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, e inadequação no preparo de recursos humanos.

Na opinião do grupo tal quadro, sobre-modo melancólico, se acentua pelo fato de o atual modelo odontológico deste país basear sua ação, preparar seu pessoal e empregar sua tecnologia segundo modelos alienígenas. Haverá, pois, que partir para um processo verdadeiramente renovador de tal modelo, que vá desde a utilização do "técnico dental" até a adoção de medidas que tornem impeditiva a utillzação, pelo setor oficial, de uma tecnologia complicada que o País ainda não domina, ou a institucionalização, sob a égide do Ministério da Saúde, de um núcleo técnico para servir de elemento catalisador de todo um impulso renovador, que venha colocar a odontologia nacional a serviço das reais necessidades da população, atuando em perfeita sintonia com o programa de atenção primária da saúde e dando resposta, como registrou o grupo, a uma população que quer e no momento exige um direito que é legitimamente seu: o direito de desfrutar de saúde bucal.

6.8 — Subtema nº 8: **Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde** (Grupo 16)

0 grupo não encontrou dificuldade em debater o problema do controle da tuberculose, ou da hanseníase, pois são doenças sobre as quais o Ministério da Saúde e as próprias secretarias de saúde têm experiência. Foi apenas sugerido que as ações contra a primeira e, também, contra as demais pneumopatias de interesse sanitário tenham os seus conhecidos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento devidamente uniformizados, com vistas a serem aplicados através da extensão de cobertura da população com cuidados primários, mediante esquemas terapêuticos de curta duração.

No que tange a hanseníase, o grupo recomendou que as ações para seu controle sejam desenvolvidas a nível das unidades básicas de saúde, também de forma padronizada e sob a responsabilidade de médicos generalistas devidamente treinados na própria região onde estarão trabalhando.

Quanto ao câncer, os debates do grupo se restringiram ao cérvico-uterino, cujo controle (incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento) poderá ser normalmente executado a nível das unidades de cuidados primários, adotando-se para isso o critério de "alto risco" avaliado através dos seguintes parâmetros: faixa etária de 20 a 49 anos, início precoce da atividade sexual, multiparidade, gestação em idade precoce e baixo nível sócio-econômico.

Já quanto às doenças cardiovasculares, o grupo foi de opinião que haverá que dar prioridade também a arteriosclerose e aos cuidados assistenciais, nesse campo, das pessoas idosas. Foi reconhecido que as ações de saneamento e de melhoria de habitação de muito contribuem para o combate à doença reumática e a doença de Chagas. Julgou o grupo ser possível atribuir as unidades de saúde de nível regional à responsabilidade de realizar eletrocardiogramas, fazer avaliações de glicemia, detectar fatores de risco, atuando como centros de referência para as unidades de primeira linha a ela vinculadas, no que tange à orientação preventiva ou terapêutica recomendada.

Relativamente ao problema da saúde mental, o grupo considerou-o de vários ângulos, partindo dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, e abordando os diversos aspectos dos procedimentos profiláticos e terapêuticos. 0 relatório é bastante extenso a tal respeito — pois aponta, para cada condição, medidas de prevenção e terapêutica — e termina por recomendar que se programem medidas de saúde mental a partir das unidades de saúde mais simples, desde que em suas equipes possuam pessoal devidamente preparado nesse campo especializado.

6.9 — Subtema nº 9: **Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços básicos de Saúde** (Grupo 13)

O grupo considerou, em primeiro lugar, a necessidade de ser desenvolvido um sistema nacional de informações de saúde, sob a égide do Ministério da Saúde, que para isso deverá apoiar-se nas secretarias estaduais de saúde e valer-se da cooperação de quaisquer instituições que manipulem, no País, dados de interesse para o setor. A esse respeito, o grupo formulou uma série de proposições específicas, destinadas a servir de subsídio e de justificativa para o momento em que for decidida a criação de tal sistema.

Quanto à vigilância epidemiológica, ao reconhecer que já existe uma consciência formada a respeito de sua importancia, o grupo insistiu em que será indispensável proceder-se a um exame completo da situação mediante a convocação, pelo Ministério da Saúde, de uma reunião para avaliação e análise dos pontos de estrangulamento, dela devendo participar os responsáveis por essas atividades nos estados e principais municípios. Especial destaque foi dado pelo grupo à preparação de pessoal para atuar nessa área, bem como a necessidade de as atividades de vigilância epidemiológica contarem com o indispensável apoio da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

6.10 — Subtema nº 10: **Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades** (Grupos 11 e 12)

Os dois grupos que trataram deste subtema tiveram oportunidade de debatê-lo amplamente, buscando analisá-lo dos mais diversos ângulos, com base na experiência ou nos conhecimentos que, sobre o mesmo, tivessem os participantes. Sem embargo, como a seguir é citado, houve consenso dos grupos em que "não existe um único modelo que leve os técnicos a desenvolver atividades junto às comunidades. Pelas direfenças sócio-econômicas marcantes nas diversas regiões do País, desenvolver um trabalho satisfatório implica, antes de mais nada, não impor um determinado programa ou linha de ação, baseado apenas nos nossos conhecimentos, mas sim iniciar um processo de discussão, respeitando as peculiaridades locais, ouvindo os questionamentos dos moradores e, em união com eles, identificar e analisar problemas, estabelecer uma ordem de prioridades, traçar planos de ação e executá-los. Deve-se fazer com que a comunidade tenha, cada vez mais, consciência dos seus problemas de saúde e, para tal, a equipe de saúde que trabalha na área deve desempenhar uma função educadora, suscitando e encaminhando a participação dos membros da comunidade através da assistência prestada ao individuo em si ou ao coletivo, com o objetivo de, a cada contato, a cada ação desenvolvida e discutida, fortalecer a auto-responsabilidade dos mesmos no plano local."

Foram apontados pelos grupos vários entraves a participação comunitária, quase todos eles relacionados à precária condição sócio-econômica dos grupos da população mais desprotegidos, a debilidade das estruturas públicas locais, ao despreparo dos agentes de execução dos serviços públicos, incluindo os da saúde e, também, ao lado da resistência da população a quaisquer tipos de mudanças, sua descrença pelas ações do setor oficial. Por outro lado, os grupos formularam seis recomendações especificamente voltadas para que se desencadeie, com o desenvolvimento do Programa de Serviços Básicos de Saúde, o processo participativo que irá permitir à comunidade autodeterminar-se em matéria de saúde, envolvendo-se nas ações a serem promovidas, dentro de um espírito de co-responsabilidade, tal como foi recomendado na Conferência de Alma-Ata e na 32.ª Assembléia Mundial da Saúde da OMS.

6.11 — Subtema nº 11 — **Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde** (Grupo 6)

Convirá aqui registrar como o grupo caracterizou o que se concebia como serviços básicos de saúde. Para efeito dos debates decidiu, portanto, registrar, o seguinte:

- não se trata de um serviço de triagem médica acoplada a um serviço de ações de prevenção primária;
- não se destina basicamente a reduzir filas dos serviços ambulatoriais atuais;

- deve prestar assistência médica integral (curativo-preventivo-promocional);
- deve ser de caráter resolutivo para a maioria dos problemas clínicos comuns;
- deve garantir para os indivíduos a continuidade do atendimento de saúde e do tratamento das doenças;
- deve ter compromisso patente com a população de uma determinada área geográfica (quer sejam residentes, ou trabalhem na área);
- deve ser (com exceção dos atendimentos de emergência) a única porta de entrada para o sistema de saúde;
- deve ser uma rede estatal operada por uma equipe condignamente remunerada, e com adequadas condições para um trabalho eticamente conduzido.

Tendo isso em conta o grupo concentrou seus debates sobre dois pontos fundamentais: a) a articulação do atendimento de saúde a nível primário, com os de nível secundário e terciário, e b) as diretrizes gerais a serem observadas a esse respeito.

Dada a seqüência atribuída pelo grupo tanto ao primeiro ponto quanto ao segundo, e considerada a importância de ficarem registrados neste relatório os critérios e diretrizes propostos, os mesmos são a seguir transcritos.

Critérios

1 – A estratégia de articulação deverá obedecer a uma regionalização das situações peculiares de cada local ou zona-alvo, em face das múltiplas condições geo-sócio-econômicas existentes no Brasil e mesmo em cada unidade federativa, ou em grandes centros urbanos.

2 – Completa e total integração interinstitucional para que os aspectos funcionais do sistema sejam prevalentes sobre a programática da instituição.

3 – Revisão dos atuais programas em desenvolvimento em cada unidade assistencial para adaptá-la as suas funções futuras dentro do sistema, podendo haver remanejamento de equipamento e pessoal, bem como da filosofia assistencial.

4 – Em qualquer circunstância, implantar uma rede de complexidade crescente, suficiente para atender a demanda econômica, com procedimentos no máximo possível padronizados, possuidora de um sistema de intercomunicação com permanente fluxo de informações nos dois sentidos, a fim de permitir a flexibilidade do encaminhamento do paciente com informações médicas confiáveis, do atendimento primário ao secundário, e ao retorno deste.

5 – Divulgação ampla dos procedimentos de operação do sistema, com informações de fluxo, a fim de ser obtida a conscientização e participação da comunidade.

6 – Competências administrativas delegadas, com supervisão hierarquizada regional e sub-regionalmente.

7 – A assistência médica de nível secundário e terciário será prestada em centros de saúde, unidades mistas e hospitais, segundo os critérios do Ministério da Saúde.

8 – No sistema hierarquizado do atendimento ambulatorial, bem como no do hospitalar, deve-se, levando em conta a regionalização, buscar dotar as unidades com o máximo de capacidade resolutiva.

9 – No momento, alem das unidades do poder público a dependerem das necessidades regionais para a montagem do sistema, poderão ser utilizados serviços beneficentes e da rede privada, quer ambulatorial ou hospitalar, sob orientação normativa do sistema, para a prestação de assistência de nível secundário e terciário.

Diretrizes

1 – Deve ser garantido o acesso a todos os níveis de assistência aqueles que dela necessitarem, sem distinção da condição sócio-

econômica, eliminando-se, inclusive, as clientelas cativas ainda remanescentes (rurais, urbanas e carentes).

2 – Tal articulação deve ser planejada executada, mediante esforço coordenado dos setores responsáveis dos governos federal, estadual e municipal.

3 – Deverá ser dada absoluta prioridade aos financiamentos a rede básica (inclusive os captados no exterior), preferencialmente aos estados e municípios, a fim de dar condições de operacionalidade ao sistema.

4 – O estado coordenada os planos e programas de articulação inter e intra-institucional envolvendo os órgãos federais e municipais.

5 – Tal articulação deve mobilizar ao máximo as lideranças regionais, de modo que identifiquem a rede básica como uma organização voltada para os próprios interesses da comunidade e permitam sua participação no planejamento, gestão e funcionamento da mesma.

6 – Dever-se-a proceder A. reforma da política de pessoal e tecnológica, necessária a estender a toda a população os benefícios da assistência medica, em função dos objetivos gerais do sistema e não em função das peculiaridades de cada instituição envolvida.

7 – Dever-se-ão submeter aos objetivos gerais da rede básica de serviços todos os setores públicos e privados envolvidos, devendo o poder publico federal, estadual e municipal combater eficazmente as resistências A. introdução da assistência básica de saúde no Pais.

8 – Haverá que assegurar a capacidade assistencial dos serviços de saúde dos municípios, principalmente na área rural, e eliminar a ociosidade destes mesmos serviços na área urbana, dando especial ênfase á correção das distorções encontradas nas regiões metropolitanas.

9 – A rede de cuidados primários, bem como significativa parte dos serviços especializados, devem estar sob a responsabilidade direta do Estado, de forma a que o governo esteja seguro e independente das pressões de interesses criados, alheios aos objetivos gerais do Sistema Nacional de Saúde."

7 – CONCLUSÕES

A mais ampla liberdade de manifestação, com intensa troca de opiniões e experiências, caracterizou o bem organizado e harmonioso clima sob o qual os debates da Conferencia se desenrolaram. Embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais — como, por exemplo, os usuários dos serviços de saúde — o conjunto de instituições, órgãos e serviços, tanto do setor saúde quanto dos setores afins, foi bastante representativo. Cabe ainda registrar que, além de ter reinado durante toda a Conferência uma clara unidade de pensamento com respeito ao seu tema central, consenso geral foi alcançado na sessão de apresentação dos relatórios dos grupos de debates quanto aos seguintes pontos:

- aceitação unânime, nas esferas técnico-políticas, da liderança do Ministério da Saúde dentro do Sistema Nacional de Saúde, com respeito as ações a serem empreendidas para o seu desenvolvimento. A manutenção dessa liderança estará, porem, condicionada A garantia de que recursos substanciais serão colocados a disposição desse Ministério;
- aceitação, também unânime, do Programa de Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos, fato inédito que vem confirmar sua aceitabilidade política, exeqüibilidade técnica, viabilidade econômica e oportuna aplicabilidade sob o ponto de vista social;

- consenso de que as ações do programa devem ser desenvolvidas, sob a coordenação geral do Ministério da Saúde, pelas secretarias de saúde dos estados e municípios em estreita articulação e com a estreita participação não só do Ministério da Previdência e Assistência Social como também dos demais ministérios que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social;
- acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa, ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém faze-lo na medida em que for levada a se incorporar a pratica das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades.

ANEXOS

Decreto n.° 84.016, de 20 de setembro de 1979

Convoca a VII Conferência Nacional de Saúde e da outras providencias.

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, usando da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Parágrafo unto do artigo 90 da Lei n.° 378, de 13 de janeiro de 1937,

DECRETA:

Art. 1.° — Fica convocada a VII Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 03 a 07 de dezembro de 1979, em Brasília, Distrito Federal, sob os auspícios do Ministério da Saúde.

Art. 2.° — O Temário da Conferencia será: Expansão das Ações de Saúde, mediante Serviços Básicos, estrutura fundamental do Sistema Nacional de Saúde, com a finalidade de elevar, social e economicamente, os níveis de vida da população do País.

Art. 3.° — O Ministro da Saúde expedirá, mediante Portaria, regimento especial dispondo sobre a organização e funcionamento da VII Conferência Nacional de Saúde, a ser elaborado por Comissão para esse fim designada pelo titular da Pasta.

Art. 4.° — A Conferência será presidida pelo Ministro da Saúde e na sua ausência ou impedimento pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

Art. 5.° — Tomarão parte da VII Conferência Nacional de Saúde,

I — Como delegados do Ministério da Saúde, os membros do Conselho Nacional de Saúde e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados ao Ministério da Saúde.

II — Outros funcionários designados pelo Ministro da Saúde.

III — Um representante de cada um dos demais Ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV — Os diretores dos serviços de saúde das Forcas Armadas e, como representantes dos Governos dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, além dos respectivos Secretários de Saúde, os Delegados para tal fim designados, bem como os delegados de outros órgãos públicos de saúde, inclusive de autarquias, entidades paraestatais e particulares que se queiram fazer representar.

Art. 6.° — As despesas com a realização da VII Conferência Nacional de Saúde correrão a conta dos recursos orçamentários próprios do Ministério da Saúde.

Art. 7.° — Este Decreto entrara em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrario.

Brasília, 20 de setembro de 1979; 158.° da Independência e 91.° da Republica.

JOÃO FIGUEIREDO

Mario Augusto de Castro Lima

Decreto n.° 84.232, de 21 de novembro de 1979.

Transfere a realização da VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE para março de 1980.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1.º — Fica transferida para o período de 24 a 28 de março de 1980 a realização da VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, convocada pelo Decreto n.° 84.016, de 20 de setembro de 1979.

Art. 2.º — Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrario.

Brasília, 21 de novembro de 1979; 158.° da Independência e 91.° da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Waldyr Mendes Arcoverde

Portaria n.° 81/Bsb, de 08 de fevereiro de 1980

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 3.° do Decreto n.° 84.016, de 20 de setembro de 1979, resolve:

I — Aprovar o Regimento Especial da VII Conferência Nacional de Saúde, elaborado pela Comissão designada pela Portaria Ministerial n.° 005/Bsb, de 03 de janeiro de 1980, publicada no Diário Oficial da União de 07 subseqüente.

II — Revogar o Regimento Especial aprovado pela Portaria Ministerial n.° 599/Bsb de 17 de outubro de 1979.

III — Esta Portaria entra em vigor a partir desta data.

Waldyr Mendes Arcoverde

REGIMENTO ESPECIAL DA VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CAPITULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1.° — A VII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n.° 84.016, de 20 de setembro de 1979, alterado pelo Decreto n.° 84.232, de 21 de novembro de 1979, terá por finalidade reunir profissionais e autoridades para o estudo e debate de temas relacionados com os principais objetivos do Governo Federal no Setor Saúde, visando ao aperfeiçoamento dos programas nacionais e a integração dos órgãos participantes do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei n.° 6.229, de 17 de julho de 1975.

Parágrafo único: A VII Conferência Nacional de Saúde terá como objetivo precípuo à apresentação da proposta básica governamental e a coleta de subsídios relativos à extensão da cobertura através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

Art. 2.° — A VII Conferência Nacional de Saúde acontecerá no período de 24 a 28 de março de 1980, em Brasília, Distrito Federal, sob a presidência do Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

Art. 3.° — São Participantes da VII Conferência Nacional de Saúde:

I — Como Delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados.

II — Outros funcionários designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

III — Representantes dos Ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV — Diretores dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.

V — Secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios e outras autoridades da área de saúde das Unidades da Federação, especialmente designadas.

VI — Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como Autarquias, Fundações e Entidades Paraestatais.

VII — Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada.

VIII — Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

IX — Representantes de organismos internacionais de saúde.

X — Representantes do clero.

§ 1.° — Os Participantes previstos neste artigo deverão confirmar suas presenças devolvendo suas fichas de inscrição ate o dia 14 de março de 1980.

§ 2.° — Os profissionais de Imprensa serão credenciados ate o dia 10 de março de 1980, pela Coordenadoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, de acordo com normas estabelecidas pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da Republica, cientificada a Comissão Organizadora.

CAPÍTULO

II TEMÁRIO

Art. 4.° — O Temário da VII Conferência Nacional de Saúde abrangera especificamente a Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos.

CAPITULOIII

ORGANIZAÇÃO

Art. 5.° — A Comissão Organizadora, designada pelo Ministro de Estado da Saúde, compete elaborar o Programa da Conferencia e promover a execução das atividades nele previstas.

Parágrafo único: A Comissão Organizadora a integrada por Presidente, Vice-Presidente, Relator-Geral e Comitê Executivo constituído de Secretario, Adjunto, Tesoureiro e um corpo de Membros.

Art. 6.° — São atribuições do Presidente da Comissão Organizadora:

I — Coordenar todas as atividades necessárias à realização da Conferência.

II — Aprovar o documento que constituirá o Tema Central da Conferência.

III — Supervisionar as atividades do Comitê Executivo.

IV — Convocar, quando necessárias, reuniões extraordinárias da Comissão Organizadora no transcorrer da Conferência.

V — Assinar contratos de locação de serviços.

VI — Assinar, com o Tesoureiro, cheques e efetuar pagamentos de despesas relativas a Conferencia.

Art. 7.° — São atribuições do Vice-Presidente da Comissão Organizadora auxiliar e colaborar com o Presidente e, nos impedimentos deste, exercer todos os seus encargos.

Art. 8.° — São atribuições do Relator-Geral:

I — Orientar e coordenar os trabalhos dos Relatores de Grupos na elaboração dos relatórios.

II — Elaborar o Relatório Final da VII Conferencia e apresenta-lo na Sessão de Encerramento.

Art. 9.° — Ao Comitê Executivo compete:

I — Colaborar com a Comissão organizadora na coordenação e execução do Programa da Conferência.

II — Apresentar a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, por intermédio do Presidente da Comissão Organizadora, o plano de aplicação de recursos financeiros da Conferência.

Art. 10 — São atribuições do Secretário do Comitê Executivo:

I — Auxiliar o Presidente da Comissão Organizadora no planejamento das atividades desta.

II — Orientar os trabalhos da Secretaria da Conferência.

III — Manter contatos externos, quando necessários, para contratação de serviços de terceiros.

Art. 11 — São atribuições do Adjunto:

I — Auxiliar o Presidente da Comissão Organizadora nos aspectos jurídicos relativos as atividades de preparação e realização da VII Conferência.

II — Elaborar minutas de contratos a serem firmados envolvendo compromissos

entre o Ministério da Saúde e terceiros, para a realização da Conferência.

Art. 12 — São atribuições do Tesoureiro:

I — Auxiliar o Presidente da Comissão Organizadora no que se refere ao processamento dos gastos relativos a Conferência.

II — Elaborar Planos de Aplicação e, quando necessário, processar as devidas alterações nos mesmos.

III — Assinar, com o Presidente da Comissão Organizadora, cheques e efetuar pagamentos de despesas relativas a Conferência.

IV — Providenciar a prestação de contas das despesas da Conferência.

Art. 13 — Os demais membros do Comitê Executivo colaborarão com o Presidente. assessorando-o e executando as tarefas que lhes forem atribuídas.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

Art. 14 — A metodologia dos trabalhos da Conferência será aprovada pela Comissão Organizadora instituída pela Portaria Ministerial n.° 005/Bsb, de 03 de janeiro de 1980, e divulgada em tempo hábil a todos os Participantes.

CAPITULO V

SECRETARIA

Art. 15 — A Secretaria da Conferência terá a responsabilidade da execução de todas as providências indispensáveis ao andamento dos trabalhos, alem de promover, especificamente, o seguinte:

I — Mobilizar Grupo de Recepcionistas para prestar informações aos Participantes.

II — Oferecer aos Participantes um serviço especial de correio, de reservas de hotéis e de passagens áreas, instalado no saguão contíguo do Auditório do Palácio Itamaraty, antes e durante a Conferência.

III — Proporcionar aos Participantes recepção no Aeroporto Internacional de Brasília.

IV — Designar uma recepcionista encarregada de providenciar contatos telefônicos interurbanos e/ ou internacionais para os Participantes, sendo as despesas reembolsadas pelos interessados.

V — Providenciar, diariamente, para os Participantes, condução do hotel ao Palácio Itamaraty, bem como o seu retorno.

VI — Manter a disposição dos Conferencistas e Apresentadores projetores de filmes e "slides", retro-projetores, quadros e gravadores, para cujo use deverão os interessados entrar em contato com a Comissão Organizadora, com antecedência mínima de 24 horas.

CAPITULO VI

PROCESSAMENTO DAS DESPESAS

Art. 16 — As despesas de realização da VII Conferência correrão a conta de recursos próprios do Ministério da Saúde, através de destaque especial da dotação orçamentária própria da Secretaria-Geral.

Parágrafo único: As despesas com viagens e estadias dos Participantes lido se incluem neste artigo.

Art. 17 — Os trabalhos de apoio administrativo e secretaria poderão ser executados diretamente por funcionários do Ministério da Saúde ou através de contratos com pessoas físicas ou jurídicas especializadas.

CAPITULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 — Será conferido Certificado aos Participantes da VII Conferência.

Art. 19 — Não serão aceitas nem divulgadas moções e manifestações que não estejam ligadas ao Tema Central da Conferencia.

Art. 20 — Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da Comissão Organizadora.

METODOLOGIA DE TRABALHO DE PAINEIS E GRUPOS DE DEBATES

A — METODOLOGIA DE TRABALHO DE PAINEIS

1 — **OBJETIVOS**

Exposição, analise e debate dos vários aspectos, pontos de vista e subtemas envolvidos, com vista a compor um quadro ou "painel" do assunto ou tema.

2 — **COMPOSIÇÃO DA MESA**

Para a 7.ª Conferência Nacional de Saúde, a mesa com uma exposição, de, no ma-

- um presidente,
- um moderador,
- quatro painelistas.

3 — FUNCIONAMENTO

O trabalho devera se desenvolver da seguinte forma:

– abertura dos trabalhos pelo presidente da mesa convocando e apresentando painelistas e moderador;
– exposição sobre o funcionamento do painel pelo moderador;
– abertura do painel pelo presidente da mesa com uma exposição, de no máximo 10 minutos, introduzindo o tema;
– exposição sucessiva dos vários painelistas, cada uma de, no máximo), 15 minutos;
– período de intervenção, polemização e debate entre os participantes da mesa, coordenados pelo moderador, de, no máximo, 30 minutos;
– período de intervenção do plenário através de questões formuladas a mesa, e suas respostas pelos painelistas, e outras intervenções e contribuições livres, de 30 minutos, podendo ser prorrogados por até mais 30;
– conclusão do painel pelo moderador com uma exposição, de no Máximo 15 minutos, sintetizando os assuntos abordados e os debates;
– encerramento dos trabalhos pelo presidente da mesa.

4 — PAPÉIS

- Compete ao presidente da mesa:

– presidir os trabalhos;
– apresentar os participantes (painelistas e moderador);
– abrir o painel com uma breve exposição, no máximo de 10 minutos, sobre o tema, localizando os aspectos subtemas abordados;
– encerrar os trabalhos.

- Compete ao moderador:

– distribuir a palavra;
– controlar o tempo;

– explicar a metodologia de trabalho;

– polemizar e coordenar a discussão;

– distribuir a palavra, em comum acordo com os painelistas, para responder as questões formuladas pelo plenário;

– concluir o painel com uma exposição breve, de no máximo 15 minutos, sintetizando os assuntos abordados e os debates.

• Compete aos painelistas:

– expor, sucessivamente, os subtemas que lhes foram atribuídos, utilizando para isto não mais de 15 minutos;

– debater e/ ou aprofundar a discussão com os demais painelistas e moderador, sob a coordenação deste ultimo, dos tópicos polêmicos ou controversos e os pontos de vista expressados;

– responder as questões formuladas.

5 — PARTICIPACÃO DO PLENARIO

Qualquer pessoa do plenário poderá participar através de manifestações e intervenções pessoais e encaminhamento de perguntas a mesa de forma direta, através de microfones abertos, dispostos em vários pontos da platéia. Esta participação será permitida apenas no período estabelecido para os debates em plenário (ver item 3 — Funcionamento — acima), estabelecidos os limites de tempo de 3 minutos para cada intervenção pessoal.

6 — REGISTRO DOS TRABALHOS

As exposições, intervenções, debates e perguntas serão registrados em fita magnética para posterior tratamento e impressão nos anais da 7.ª Conferencia Nacional de Saúde.

B – METODOLOGIA DE TRABALHO DOS GRUPOS DE DEBATES

1 — **INTRODUCÃO**

Pretende a 7.ª Conferencia Nacional de Saúde proporcionar um amplo debate sobre as atuais condições do setor saúde no Brasil e a maneira mais adequada de reorganize-lo, através dos serviços básicos de saúde.

O momento nacional parece indicar não apenas uma ação institucional isolada, senão uma articulação continuada entre todas as instituições integrantes do Sistema Nacional de Saúde, especialmente os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde. Mais do que isso, recomenda-se ainda um ativo, "permanente e democrático processo de participação social", capaz de permitir a formulação de uma política nacional de saúde inteiramente voltada para a melhoria das condições de vida da população brasileira.

2 — **OBJETIVOS**

Neste sentido, os grupos de debates tomam uma grande importância, uma vez que visam.

- conhecer o pensamento da comunidade de saúde sobre os temas em discussão;
- obter subsídios para o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

3 — **COMPOSIÇÃO**

Os grupos são compostos por, no máximo, 20 elementos e constituídos de acordo com os interesses de cada participante pelos vários temas em debate, manifestados no ato de inscrição.

4 — **PAPÉIS**

Tendo em vista garantir a maior eficiência possível aos debates, em cada grupo deverão ser diferenciados três participantes para desempenhar as seguintes funções:

– **Coordenador —** encarregado de:

- coordenar a discussão;
- distribuir a palavra;
- controlar o tempo;
- obter a participação de todos.

– **Relator —** encarregado de:

- registrar os debates;
- registrar o consenso grupal;
- redigir o relatório do grupo e obter sua aprovação;

- apresentar em plenário o relatório de seu grupo;
- articular-se com o Relator-Geral da Conferência para fornecer-lhe subsídios para o Relatório Final da Conferência.

— **Facilitador —** encarregado de:

- polemizar;
- levantar tópicos para discussão, sem comandar ou interferir.

O coordenador e o relator deverão ser eleitos ou escolhidos pelos membros do grupo. Os facilitadores são participantes convidados pela Comissão Organizadora da Conferência em função de seu conhecimento e experiência do assunto relativo ao subtema que o grupo debaterá.

E interessante ressaltar que coordenadores e relatores do papeis ou funções a serem desempenhados. Assim, o grupo deve escolher ou eleger elementos que tenham condições para assumir esta responsabilidade, não considerando esta delegação uma forma de prestar homenagem ou manifestar reconhecimento ou respeito.

5 — FUNCIONAMENTO

O grupo trabalhara durante 12 horas e 15 minutos, dos quais 9 horas e 30 minutos estão destinadas aos debates de 2 horas, e 45 minutos a elaboração das conclusões sob a forma de um relatório do grupo. O tempo de debates estará dividido em quatro períodos de 2 a 3 horas, distribuídos pelo segundo, terceiro e quarto dias da Conferência (ver programa).

Recomenda-se que, ao iniciar o primeiro período de debates, os participantes do grupo se apresentem e elejam ou escolham o coordenador e o relator

Os relatores deverão apresentar e debater em plenário o relatório de seu grupo. Havendo mais de um grupo de debates sobre um mesmo subtema, os relatórios respectivos deverão ser consolidados por terra e contar com um único relator. Cada relator poderá usar, no máximo, 10 minutos para apresentar as conclusões do seu grupo. Após a apresentação de todos os relatórios de grupos será aberto o debate em plenário.

6 – SUBTEMAS PARA OS GRUPOS DE DEBATES

1. Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.
2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — O PLANASA e o Saneamento Simplificado.
3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.
4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.
5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.
6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.
7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.
8. Saúde Mental e Doenças Crânico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.
9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.
10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.
11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

PROGRAMA DA 7.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DIA 24 DE MARÇO (SEGUNDA-FEIRA)

9 h – 11 h

ENTREGA DE CREDENCIAIS E PASTAS

11 h 15 min – 11 h 45 min

INAUGURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO ITINERANTE COMEMORATIVA DOS 80 ANOS DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

EXIBIÇÃO DE FILME SOBRE OSWALDO CRUZ

Locais: **Hall** e Auditório do Ministério da Saúde 14 h 30 min – 15 h

CERIMÔNIA DE ABERTURA

Discurso de Sua Excelência Doutor Waldyr Mendes Arcoverde

Ministro de Estado da Saúde

Discurso do Doutor Halfdan T. Mahler

Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde

Discurso de Sua Excelência o Senhor João Baptista de Oliveira Figueiredo

Presidente da República

15 h – 15 h 30 min

INAUGURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO “SAÚDE NO ANO 80”

16h – 17h

CONFERÊNCIA: “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”

Doutor Carlyle Guerra de Macedo

Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde

17 h – 18 h

CONFERÊNCIA: “Participação do Ministério da Educação e Cultura

na Extensão dos Serviços Básicos de Saúde”

Professor Eduardo Mattos Portella

Ministro de Estado da Educação e Cultura

DIA 25 DE MARÇO (TERÇA - FEIRA)

8 h 30 min – 9 h 30 min

CONFERÊNCIA: “Extensão das Ações de Saúde em Área Rural”

Doutor Jorge Augusto Novis

Secretário de Saúde do Estado da Bahia

9 h 45 min – 12 h

GRUPOS DE DEBATES

14 h – 16 h 45 min

GRUPOS DE DEBATES

17 h – 18 h

CONFERÊNCIA: “Participação do Ministério do Trabalho na Extensão dos Serviços Básicos de Saúde”

Doutor Murillo Macêdo

Ministro de Estado do Trabalho

20 h – 22 h 30 min

PAINEL: “Modelos de Serviços Básicos de Saúde e sua Articulação com os Demais Níveis de Atendimento”

Presidente: Doutor Jofran Frejat

Secretário de Saúde do Distrito Federal

Moderador: Deputado Ubaldo Dantas

Membro da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados

Apresentadores: 1.º Doutor José Alberto Hermógenes de Souza

“O Modelo PIASS, sua Programação e sua Evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde”

2.º Doutor Marlow Kwitko

“Modelos de Serviços Básicos e sua articulação com os Serviços Especializados”

3.4 Doutor Solon Magalhães Vianna

“Serviços Básicos e Serviços Especializados – Análise Crítica”

4.º Doutor José Bernardes Neto

“Implantação dos Serviços Básicos a Nível Estadual – a Experiência de Alagoas”

DEBATES EM PLENÁRIO

DIA 26 DE MARÇO (QUARTA-FEIRA)

8 h 30 min – 9 h 30 min

CONFERÊNCIA: "Extensão das Ações de Saúde às Areas Metropolitanas"

Doutor Adib Domingos Jatene

Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

9 h 45 min – 12 h

GRUPOS DE DEBATES

14 h – 16 h 45 min

PAINEL: "Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde"

Presidente: Doutor Germano Mostardeiro Bonow

Secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Moderador: Doutor Frederico Simões Barbosa

Professor da Universidade de Brasília

Apresentadores 1.º Doutora Lia Celi Fanuck

"Ação Integrada Ministério da Saúde/Secretaria" de Saúde na Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços Básicos"

2.º Doutor Harri Graeff

"O INAMPS no Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos"

3.º Doutora Lígia Paim

"Formação de Recursos Humanos na Área de Enfermagem"

4.º Doutor João Carlos Serra

"O Médico e os Serviços Básicos de Saúde"

DEBATES EM PLENÁRIO

17 h – 18 h

CONFERÊNCIA: "Participação do Ministério do Interior na Extensão dos Serviços Básicos de Saúde"

Doutor Mário David Andreazza

Ministro de Estado do Interior

DIA 27 DE MARCO (QUINTA-FEIRA)

8 h 30 min — 9 h 30 min
CONFERÊNCIA: "Integração dos Serviços Locais de Saúde no Programa da Extensão da Cobertura"
Doutor Almir José de Oliveira Gabriel
Secretário de Saúde do Estado do Pará

9 h 45 min — 12 h
GRUPOS DE DEBATES

14 h — 16 h 45 min

CONCLUSÃO DOS RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE DEBATES 17 h

— 18 h

CONFERÊNCIA: "Participação do Ministério da Previdência e Assistência Social na Extensão dos Serviços Básicos de Saúde"
Doutor Jair de Oliveira Soares
Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social

DIA 28 DE MARCO (SEXTA-FEIRA)

8 h 30 min — 10 h 45 min

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE DEBATES 11 h —

12 h

DEBATES EM PLENÁRIO

14 h 30 min — 15 h 30 min

APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Doutor Ernani Paiva Ferreira Braga
Relator-Geral da VII Conferência

16 h — 16 h 30 min

CERIMÔNIA DE ENCERRAMENTO

Doutor Waldyr Mendes Arcoverde
Ministro de Estado da Saúde

PROPOSIÇÃO DE DIRETRIZES : UMA CONTRIBUIÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE." (VERSÃO PRELIMINAR)

1 – INTRODUÇÃO

As diretrizes expostas neste documento pretendem definir a orientação geral das ações do Ministério da Saúde e servir de mecanismo e instrumento para a realização do objetivo último de adequar as ações de saúde às reais necessidades da população e às realidades nacionais:

a) no âmbito interno, com a efetiva e franca colaboração de seus funcionários, devem ser objeto de análise e debate, instrumentando o desenvolvimento do processo participativo, à coesão e a eficiência do Ministério;

b) expressam, por outro lado, a preocupação do Ministério em articular-se com as demais instituições setoriais, especialmente com os ministérios integrantes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e, em particular, com o MPAS e com as secretarias estaduais de saúde;

c) finalmente, submetendo-as à apreciação de toda a sociedade, o Ministério espera promover um amplo, permanente e democrático processo de participação social que permita a avaliação adequada de suas propostas e seu aperfeiçoamento constante, bem como as condições necessárias à formalização de uma política nacional de saúde.

Nesse sentido, ainda que essas diretrizes apareçam como específicas do Ministério da Saúde, elas expressam, em muitos aspectos, posições interinstitucionais ou setoriais; vale destacar, entre elas, aquelas recolhidas da prática e realidade dos estados e, em especial, as que emanam da apreciação conjunta com o MPAS. É natural, portanto, que, seguindo-se imediatamente a este documento, os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, em consulta com outras instituições do setor, divulguem um documento mais abrangente sobre política de saúde, a partir do qual e a curto prazo, através de processo amplo de participação social e institucional, será definida e formalizada uma nova política nacional de saúde, integrada no processo global de desenvolvimento do País.

2 – ASPECTOS DOUTRINÁRIOS

• "O quadro nosológico brasileiro é hoje uma mistura de doenças características das regiões em desenvolvimento – enfermidades transmissíveis e carenciais – às quais já se acrescentam os problemas típicos do desenvolvimento – as doenças crônico-degenerativas, os agravos à saúde mental, os acidentes e violências." "Este fenômeno reflete as desigualdades regionais e as desigualdades de renda dentro da população e confirma, mais uma vez, o fato histórico bem conhecido que a saúde depende do grau de desenvolvimento" (1).

• “Na medida em que a política nacional de desenvolvimento objetiva a democratização de oportunidades e a valorização e melhoria da qualidade de vida dos brasileiros, aumentam de forma substancial as responsabilidades do setor saúde no interesse desse desiderato, exigindo em conseqüência uma atuação mais abrangente que aquela tradicionalmente observada, preocupada em prover apenas, e de maneira isolada, ações compensatórias específicas. Se por um lado tem-se como certo que o desenvolvimento social não é uma conseqüência automática do crescimento econômico, sabe-se, por outro lado, que uma política de desenvolvimento social para ser efetiva deve, de certa forma, condicionar as atividades contidas na esfera econômica para reduzir a importância e o volume de ações compensatórias específicas, muitas delas derivadas de efeitos negativos, na área social, da aplicação da política econômica, e para permitir o adequado desenvolvimento das atividades dos setores sociais” (2).

• “O Ministério da Saúde entende que a saúde é o resultado da satisfação das necessidades básicas da população e não apenas das específicas de saúde, e que as condições e modos de viver são o fator fundamental para a elevação dos níveis de saúde. Ao desenvolver as atividades sob sua responsabilidade, somando recursos e ações com os demais órgãos da administração, para o melhor atendimento das necessidades de saúde da população, se integra, sob o comando do Presidente da República, no propósito e esforços do governo de promover a elevação dos níveis de bem-estar das camadas mais pobres da população, de lutar pela erradicação da miséria e pela construção de uma sociedade mais justa e democrática. Reivindicará sempre evitar e corrigir as conseqüências indesejáveis da atividade econômica sobre a saúde e sobre as condições de vida da população e apoiará as iniciativas, ações e programas com esse objetivo. Propugnará enfim que a política social, definida como o conjunto de medidas destinadas à erradicação da miséria, à atenuação da pobreza e à satisfação das necessidades básicas da população, deve comandar o processo de desenvolvimento nacional. Neste contexto articular-se-á mais e mais com todos os setores da administração e da sociedade brasileira, fazendo da saúde uma responsabilidade de todos, e realizará o esforço possível para prover serviços básicos de atendimento à saúde para toda a população” (3).

• “As considerações anteriores “não devem servir de escusa aos que militam nos quadros da saúde pública” (1). Ao contrário, são um elemento a mais do “desafio que devemos enfrentar no sentido de que é necessário vincular as ações de saúde ao processo de desenvolvimento” (1) e realizar com eficácia e eficiência as atividades sob nossa responsabilidade direta, num esforço consciente e articulado para aumentar a produtividade social dos recursos disponíveis.

• Parte inseparável no processo de desenvolvimento, a saúde é uma função social integrada, devendo-se “eliminar, por superadas, as barreiras entre ações preventivas e ações curativas de saúde, entre o individual e o coletivo” (1). A integração das ações de proteção, recuperação e promoção, como fases de um mesmo processo, nos planos individual e coletivo e consideradas as ações dirigidas às pessoas e ao ambiente, será buscada, através da integração de atividades e de serviços a nível operacional e na progressiva coordenação e integração das instituições responsáveis.

A saúde deve ser entendida, primariamente, como uma responsabilidade social, além de direito das pessoas e das comunidades. A concretização desse direito e dessa responsabilidade implica a necessidade da participação consciente e efetiva da população no cuidado de seus problemas de saúde e a responsabilidade do Estado em promover e realizar as ações necessárias ao cuidado da saúde de toda a população, assegurando os meios para que a participação social se efetive. Os serviços de saúde deverão portanto projetar-se na vida das comunidades, “razão mesma de sua existência”, no esforço integrado de mobilizá-las para a participação. Essa participação não deve limitar-se à aceitação, à utilização de recursos comunitários ou à cooperação para a execução das atividades ou programas de saúde; deve ser também, e sobretudo, participação como sujeito nas “decisões, de acor-

do com suas próprias aspirações, necessidades e peculiaridades" e na execução, controle e avaliação das ações de saúde; constitui processo social integral, com manifestações específicas na área da saúde, e deve ser promovido como parte do desenvolvimento integrado das comunidades e dependente que é do desenvolvimento democrático da sociedade.

• O processo social de saúde é, em conseqüência, parte inseparável do processo social global; além de suas características técnico-administrativas, assume uma natureza essencialmente política, em que se expressam agentes e relações de poder, interesses, idéias e propósitos, vigentes na sociedade como um todo e/ou específicos ao setor. As soluções e os programas de saúde têm de desenvolver-se dentro do contexto geral e específico do processo social e político brasileiro, adequando-se criativa e renovadoramente às peculiaridades desse processo em cada momento e em cada situação.

• As diretrizes do governo para o desenvolvimento nacional e as diretrizes específicas do Presidente da República para o Ministério da Saúde, definem o marco dentro do qual se desenvolverá a ação do Ministério. Consagram a coordenação institucional, especialmente com o Ministério da Previdência e Assistência Social, reafirmam a prioridade conferida ao saneamento básico, à suplementação alimentar e nutricional, ao combate às endemias e às doenças transmissíveis redutíveis por vacinações ou programas especiais, à vigilância sanitária, à pesquisa voltada para as necessidades de saúde do país, à correção das distorções observadas na situação dos recurso humanos em saúde, à vigilância epidemiológica, à assistência materno-infantil e à educação em saúde, inclusive visando a paternidade responsável. O III Plano Nacional de Desenvolvimento acrescenta a estas indicações recomendações quanto à redução de custos, à descentralização e expansão de atividades, atribuindo prioridade ao setor social dentro do "objetivo síntese da construção de uma sociedade desenvolvida e livre em benefício de todos os brasileiros", com "distribuição da renda gerada pelo crescimento equilibrado da economia" e dentro do princípio de que "o objetivo democrático é indissociável da idéia básica de melhorar a qualidade de vida de todos os brasileiros" (4).

3 – CONTEÚDOS ESSENCIAIS DA AÇÃO DO MINISTÉRIO

3. 1 – SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE – PREV-SAÚDE : NÚCLEO AXIAL E ORDENADOR DAS AÇÕES DO MINISTÉRIO

3. 1. 1 – CONCEITO

A ação do Ministério estará orientada, fundamentalmente, para a implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde com cobertura universal e sob a responsabilidade direta do setor público sem prejuízo da existência de um setor privado independente.

• Entende-se como serviços básicos de saúde o conjunto integrado de serviços prestados às pessoas, às comunidades e à melhoria do ambiente necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências. "Na área do atendimento às pessoas compreendem o atendimento primário, por pessoal de nível elementar e de nível profissional em ambulatório, incluindo o atendimento nas áreas básicas de assistência médica; em determinadas situações e para assegurar o atendimento de populações em condições especiais, incluirão serviços de internamento nas áreas básicas de atendimento médico" (3). No campo da melhoria do ambiente integram o saneamento básico e a melhoria da qualidade da habitação popular e das condições gerais do ambiente que constituem agravos ou ameaça à saúde da população.

Os serviços básicos de saúde são em essência uma programação de atividades. A rede de unidades que conforma a infra-estrutura física através da qual essas atividades são executadas é apenas instrumento, um meio; não define por si os "serviços básicos" que em situações especiais podem existir sem ela. A programação de atividades que constitui os "serviços básicos" tem um núcleo mínimo, de existência obrigatória e caráter uni-

versal, cujo desenvolvimento será prioridade absoluta. Compõem este núcleo mínimo, ajustado às situações regionais: as imunizações obrigatórias, a vigilância epidemiológica de base, a promoção de melhorias habitacionais, de saneamento básico e das condições de alimentação, orientação para a conservação da saúde, atividades de controle das endemias prevalentes e o tratamento das afecções e traumatismos mais comuns, especialmente nos grupos biológica e socialmente mais vulneráveis.

3. 1. 2 – PREV-SAÚDE E INFRA-ESTRUTURA

• O PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – será o programa axial e nuclear das ações de saúde do governo, de caráter interministerial, em função do qual deverão orientar-se os demais programas e atividades do Ministério. A implantação da rede de serviços básicos de saúde realizar-se-á progressiva e rapidamente, com prioridade para as áreas rurais, pequenos centros urbanos e áreas de maior densidade de pobreza das cidades de médio e grande porte; para isso, os investimentos do setor público deverão ser realizados, prioritariamente, no PREV-SAÚDE, "suspendendo-se o financiamento público, de qualquer origem, para investimentos novos (criação de novos serviços) do setor privado para prestação de serviços básicos" (3).

• Os serviços básicos de saúde serão desenvolvidos pela adoção e criação de tecnologias adequadas, realizadas por equipes de saúde, com ênfase na utilização de pessoal de níveis auxiliar e elementar, buscando-se a simplificação sem perda da eficácia, e a redução de custos com aumento da produtividade e da eficiência. Serão organizados como base de sistemas regionalizados, estruturados em níveis de complexidade crescente e servirão de porta de entrada normal a esses sistemas, com setorização do atendimento, pela adscrição de clientelas específicas às unidades de saúde de acordo com a "população residente na área de cobertura direta de cada unidade, o que permitirá o melhor acompanhamento das clientelas" (5).

"O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) constituirá a fase inicial do PREV-SAÚDE e a ele se integrará como componente rural e de pequenos outros, de forma a assegurar o atendimento necessário, de níveis secundário e terciário, à população rural" (3), adequando-se às diversas realidades regionais do País.

"Para as áreas urbanas, de médio e grande porte, serão desenhados modelos especiais de serviços básicos, para implementação progressiva, com avaliação permanente que permita os ajustes e correções recomendados, e tendo em conta a realidade sócio-cultural das populações urbanas, particularmente a acessibilidade a serviços primários de atendimento médico. Os serviços básicos urbanos tendem, pois, a um nível de complexidade que exige o atendimento médico como função principal, e este requisito deve ser considerado dentro de uma atenção integral e sem excesso" (3).

"A rede de serviços básicos de saúde será apoiada e estará integrada a uma rede de serviços secundários e terciários, também de responsabilidade pública, dimensionada e distribuída, de forma a assegurar o apoio imprescindível à rede básica e a orientação e o controle dos serviços privados integrados ao sistema, que constituem a maior parte da capacidade instalada nestes dois níveis" (3).

"A rede pública de serviços de níveis secundário e terciário será constituída por serviços próprios federais, especialmente do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, dos estados, dos municípios e das universidades federais ou estaduais, administrados pelas respectivas instituições, em regimes compatibilizados entre si, atendidas as orientações do SNS e com responsabilidades definidas em relação à área de cobertura e aos serviços básicos (apoio técnico, supervisão e referência). As relações entre os serviços privados, majoritários nesses níveis, e a rede pública serão determinadas, detalhadamente, através de estudos em realização e de outros que serão iniciados a curto prazo" (3).

• A rede de serviços básicos de saúde compreenderá, pois, todas as unidades de saúde do setor público e será operada em forma integrada, sob a coordenação das secreta-

rias estaduais de saúde, de acordo com planos integrados estaduais, elaborados interinstitucionalmente, que contemplarão prioritariamente:

– a regionalização de serviços nos estados com o fortalecimento dos serviços de apoio assistencial, técnico e logístico e processos de efetiva descentralização até os níveis locais;

– sistema de desenvolvimento de recursos humanos;

– desenvolvimento de infra-estrutura técnica e administrativa das secretarias de saúde;

– participação dos municípios e comunidades na administração de serviços locais;

– mecanismos de integração (e articulação) intra-estadual e nacional.

• Aos municípios caberá, preferentemente, a administração das unidades mais simples comprometendo-se ao cumprimento da "programação mínima" para a região em que se situem, com o apoio do estado e da União; poderão assumir progressivamente maiores responsabilidades dependendo de suas possibilidades. Os estados, além das responsabilidades de coordenação, desenvolverão as atividades de apoio, supervisão, capacitação de recursos humanos, desenvolvimento normativo e de planejamento, assegurando assim a unidade funcional da rede e do PREV-SAÚDE; concentrarão esforços em unidades de maior complexidade e cobertura que sediarão essas atividades com relação a uma determinada área ou região, atuando em caráter suplementar nos níveis de menor complexidade.

• "Com a implantação da rede de serviços básicos de saúde, serão intensificados os esforços para a completa revisão do sistema de prestação de serviços, em todos os níveis, para adequálos às verdadeiras necessidades de saúde da população e às possibilidades reais do País" (3).

3. 1. 3 – ÁREAS PRIORITÁRIAS

3. 1. 3. 1 – CONTROLE DE ENDEMIAS

"Entre as prioridades do Ministério da Saúde continuarão a ter lugar de destaque as doenças transmissíveis" (1). A malária, a esquistossamose, a febre amarela e a doença de Chagas deverão continuar sendo objeto de ações especiais e programaticamente individualizadas, promovendo-se, entretanto, a progressiva articulação com os estados e a rápida incorporação das suas ações, a partir da vigilância e manutenção, aos serviços básicos de saúde. A tuberculose, a hanseníase, as doenças venéreas e as endemias de distribuição focal ou regional serão objeto de atenção integrada do MS, MPAS, estados e municípios, nos serviços básicos de saúde. Especificamente procurar-se-á:

Intensificar as ações de controle e combate à malária, visando completar a interrupção da transmissão nas áreas com baixa incidência; reduzir a incidência, aos níveis mais baixos possíveis, nas áreas de erradicação a longo prazo com elevados índices de transmissão, atuando, prioritariamente, nas áreas pólos de desenvolvimento da região amazônica; manter livres de transmissão as áreas onde a doença deixou de ser endêmica; desenvolver estudos no campo da quimioterapia e da imunologia, visando obter melhor resposta ao tramento da doença.

• Integrar as ações para o controle da doença de Chagas em áreas de endemicidade, mediante a ampliação dos recursos para a melhoria habitacional, a intensificação do combate ao vetor e estímulo à pesquisa técnico-científica.

Expandir as ações de controle da esquistossomose de forma integrada e contínua, como prioridade dos serviços básicos e voltadas para as populações de baixa renda, particularmente rurais, mediante ampliação dos recursos para abastecimento de água e melhoria sanitária das habitações; intensificação do combate ao transmissor e do tratamento apropriado aos doentes; e, sobretudo, pela promoção de melhoria das condições de vida e de trabalho das populações afetadas, através de ação multissetorial e pelo trabalho permanente de atendimento e mobilização comunitária nos serviços básicos de saúde.

• Intensificar e expandir ações, em todos os níveis, voltadas para um melhor conhecimento e adequado controle da **hanseníase**, mediante a utilização dos serviços básicos de saúde e cooperação da SUCAM.

• Expandir as ações de controle da tuberculose e de outras pneumopatias de interesse sanitário nos serviços básicos de saúde e uniformizando métodos e esquemas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

• Manter as ações destinadas ao controle das endemias de distribuição focal ou regional – filariose, leishmaniose, peste, tracoma – integrando-as nos serviços básicos de saúde.

• Equacionar imediatamente as medidas para fazer face à reintrodução do Aëdes aeqypti no País e ao risco potencial de surto epidêmico de febre amarela pela existência da enfermidade silvestre.

• Instituir e estimular a extensão de medidas educativas para a prevenção e tratamento das doenças de transmissão sexual e iniciar atividades sistemáticas de vigilância e controle pelos serviços básicos de saúde.

2 – ENFERMIDADES CONTROLÁVEIS POR IMUNIZAÇÃO

"O Programa Nacional de Imunizações (PNI) constituirá área prioritária de ação em saúde e será desenvolvido, a nível operacional, como parte do PREV-SAÚDE sem prejuízo da participação de outros serviços (privados e públicos) e em íntima relação com as atividades de vigilância epidemiológica. As ações do PNI serão apoiadas por: a) expansão da produção nacional de agentes imunizantes e outros insumos necessários ao diagnóstico e controle das enfermidades evitáveis por vacinação; b) ampliação e racionalização da capacidade e estrutura de aquisição e distribuição; c) implementação de estrutura adequada de conservação; d) adoção de estratégia operacionais de vacinação que possibilitem as coberturas recomendadas, de acordo com as características locais e com participação das comunidades" (6).

"Cabe às secretarias de saúde das unidades federadas a responsabilidade de coordenar o programa, garantindo a execução de suas ações, com a participação e os esforços de todos os serviços existentes no âmbito de seus territórios" (6).

Ainda em apoio ao desenvelvimento do programa, o Ministério:

• "Estabelecerá, junto ao órgão responsável de nível central (SNABS), em caráter permanente, uma comissão interministerial de consulta e de avaliação, de atuação multiinstitucional, constituída por elementos com poder de decisão em sua própria instituição para implementar na mesma as normas e procedimentos relativos ao programa, emanados da coordenação nacional e das unidades federadas" (6).

• Promoverá "um fluxo de informações, estabelecido pela coordenação nacional, que contribua para fortalecimento da autoridade e eficácia técnica das secretarias de saúde das unidades federadas" (6).

Exigirá "que os órgãos envolvidos na execução do PNI destinem recursos financeiros próprios para a promoção dos programas integrados de imunização com ampla extensão de cobertura. A utilização dos recursos oriundos das várias fontes deve ser coordenada a nível da unidade federada, tendo em vista sustentar a execução das ações mais importantes do programa, tais como: preparação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e, mesmo, aquisição do insumo crítico, os imunizantes" (6).

• Promoverá "a plena utilização de recursos humanos das várias instituições independentemente da origem dos mesmos, na execução dos programas estaduais, para que de fato haja coresponsabilidade multiinstitucional, sem desperdício de recursos por ociosidades ou superposições" (6).

• Promoverá a realização de "campanhas nacionais" de vacinação, coordenadas pelos estados (poliomielite inicialmente), para alcançar e manter níveis eficazes de proteção, até que as atividades de rotina dos serviços básicos as façam desnecessárias.

3.1.3.3 – SAÚDE MATERNO-INFANTIL

O atendimento ao grupo materno-infantil será componente prioritário nos serviços básicos de saúde, dentro do conceito de atendimento integrado à familia, sem que constitua um programa. O esforço do Ministério nesta área objetivará o desenvolvimento normativo e dos processos de programação e avaliação de atividades e dará especial ênfase aos cuidados de saúde no período perinatal e na primeira in-fância e a problemas específicos na idade escolar.

3.1.3.4 — ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As ações nesta área, visando as populações mais carentes, incluem atividades coordenadas e intersetoriais, contemplando as áreas de produção, comercialização e distribuição, suplementação e correção específica de deficiências nutricionais, recursos humanos, pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, integrantes do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). A realização dessas atividades, em conexão com os serviços básicos de saúde, se fará através de:

- distribuição de alimentos básicos, em caráter transitório e emergencial, aos grupos populacionais mais expostos ao risco de carências e em regiões de maior densidade de pobreza;

- racionalização do abastecimento de alimentos básicos, a preços reduzidos, em áreas de grande concentração de população carente;

- apoio às atividades de atacado e estímulo à operação de centrais de serviços da COBAL, voltadas para o atendimento do varejista em área de concentração de população de baixa renda;

- aquisição de alimentos, através do sistema integrado INAN/órgãos do setor agrícola e cooperativas de produtores, aos pequenos produtores e unidades agroindustriais locais, devendo os programas de governo utilizar, preferencialmente, esses alimentos;

- adoção de política tributária e estímulo à produção dos alimentos básicos que propiciem a redução dos preços finais ao consumidor.

3.1.3.5 — AMBIENTE

As ações nesta área incluirão:

- desenvolvimento e implantação de sistemas simplificados de saneamento básico, e principalmente de abastecimento de água, como componente essencial dos serviços básicos de saúde, com prioridade para as regiões de alta prevalência de esquistossomose e em cooperação com o PLANASA;

- melhoria das habitações populares, especialmente nas áreas endêmicas da doença de Chagas, e apoio a atividades de saneamento geral a nível local;

- estabelecimento de padrões máximos admissíveis de poluentes e da vigilância necessária. O Ministério cooperará estreitamente com os organismos encarregados do meio ambiente, especialmente o sistema coordenado pela SEMA/MINTER, indicando os aspectos de interesse da saúde na conservação ou recuperação do ambiente;

- coordenação com o MPAS e MTb para o aperfeiçoamento da legislação, desenvolvimento de normas técnicas e execução de medidas visando a saúde ocupacional e a prevenção de acidentes.

3.2 — OUTRAS ATIVIDADES

3.2.1 — DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

A orientação básica será a de racionalizar as atividades de assistência, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce, integrantes dos serviços básicos, com a utilização máxima possível de meios simplificados e desestímulo à expansão ou manutenção de serviços de alta sofisticação e de internação hospitalar. As atividades de prevenção e diagnóstico precoce, bem como complementares de tratamento, serão integradas na rede básica de saúde e nos demais serviços gerais. O Ministério procurará transferir a responsabilidade de serviços não considerados básicos sem prejuízo de sua responsabilidade normativa.

Especificamente serão promovidas:

- aplicação de métodos de prevenção (inclusive pela coibição dos excessos de propaganda do uso de substâncias, potencial ou efetivamente, cancerígenas) e de diagnóstico precoce do câncer, especialmente o do colo uterino;

- ampliação das ações de saúde mental pela desativação progressiva do excessivo número de leitos psiquiátricos e desestímulo à hospitalização; realização de ações de proteção primária para os grupos de alto risco; incorporação de profissionais não especializados no atendimento psiquiátrico; incentivo e orientação do atendimento hospitalar pelos hospitais gerais; e participação dos serviços básicos e das comunidades;

- prevenção e diagnóstico precoce e pronto tratamento das enfermidades cardio-

vasculares, particularmente febre reumática e hipertensão arterial;

- realizações de estudos epidemiológicos para o conhecimento de características básicas e evolução de enfermidades mais significativas.

3.2.2 — VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nesta área, "fatos novos têm surgido, que obrigam a uma constante revisão das normas existentes. A introdução de novos medicamentos, às vezes com proliferação de similares, a presença sempre maior de tecnologia no setor da alimentação, a introdução de novos hábitos, o consumismo que caracteriza alguns setores da sociedade, tudo isto exige dos responsáveis pela saúde uma ação cada vez maior no sentido de coibir os abusos e de proteger a população" (1). 0 Ministério da Saúde:

- articular-se-á com instituições de pesquisa, instituições comunitárias, associações profissionais e outras, para maior eficácia da vigilância sanitária;
- desenvolverá normas e padrões apropriados buscando a atualização da legislação sempre que necessário;
- fornecerá as atividades de vigilância o apoio técnico necessário com a implantação de laboratórios de referência e o entrosamento destes com a rede de laboratórios de saúde pública e outros laboratórios especializados;
- promoverá a descentralização das atividades de fiscalização para a rede básica de saúde com participação dos órgãos estaduais e municipais respectivos;
- procurará coibir o emprego abusivo de drogas e medicamentos e colaborará com outros órgãos públicos e privados na luta antitóxico .

3.3 — ATIVIDADES-MEIO

3.3.1 — VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- A vigilância epidemiológica constitui imprescindível instrumento no controle das enfermidades e de condições ambientais de interesse sanitário, e é fator essencial ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde, de cujo perfil funcional é parte prioritária. Num sentido mais abrangente, a "inteligência epidemiológica" antecipando o "conhecimento" de problemas, condições e circunstâncias, relativas à saúde das populações, permitirá a adequação ou adoção oportuna de orientações e atividades do setor.

- "A superação das visões isolacionistas, institucionais ou de organismos ministeriais, é condição para a implantação e desenvolvimento do sistema nacional da vigilância, sob a coordenação do Ministério da Saúde" (6). Todos os órgãos do Ministério se integrarão, sem restrições, ao esforço setorial, inter-institucional, de fazer operar o sistema de vigilância, a partir dos níveis locais, integrado ao PREV-SAÚDE e sob a coordenação, nas unidades federadas, das secretarias estaduais de saúde. Para isso serão efetivados:

a) articulação com o INAMPS para a colaboração efetiva dos serviços previdenciários e privados;

b) "definição através de coordenações interinstitucionais estaduais, sob o comando das secretarias de saúde, de mecanismos operacionais que garantam a notificação de doenças objeto do programa, o fluxo de informações e o apoio técnico-institucional de cada serviço de saúde. Tal apoio é especialmente importante para complementar, coordenadamente com os laboratórios de saúde pública, as carências relativas a diagnósticos laboratoriais das enfermidades sob vigilância" (6).

c) "estabelecimento, por cada instituição, sem sobrecarregar os serviços de atendimento direto às pessoas, de estímulos e sanções que garantam a notificação e o fluxo de informações, bem como o aproveitamento dos recursos disponíveis para fins diagnósticos" (6).

3.2.2 — LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

- 0 sistema de laboratórios de saúde pública será completado e posto em funcionamento, em apoio às atividades de vigilância e ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. Laboratórios de referência serão instalados, para cobertura macrorregional, utilizando-se a capacidade existente ou potencial de instituições públicas e universidades.

3.3.3 — PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO

- "A pré-condição (para a racionalização do Sistema Nacional de Saúde) é a montagem, no setor saúde, de um sistema integrado de informação-decisão-controle" (4) que cubra as necessidades técnicas, administrativas e de condução política do Sistema.

O planejamento será assim o instrumento essencial de coordenação e integração do sistema de saúde. Planejamento participativo: essencialmente qualitativo e político em sua dimensão estratégica, pragmático e flexível em seu nível operacional; realizado, em cooperação entre os diversos níveis político-administrativos do sistema, com predominância dos fluxos da periferia para o centro.

- Será promovida, em cooperação com o MPAS e a SEPLAN/PR, a criação de um grupo especial, multinstitucional, com missão exclusiva de definir objetivamente áreas de interesse comum para estudos e de promover sua realização em cooperação com as comunidades acadêmica e científica, especialmente as universidades, e de elaborar modelos e instrumentos de planejamento e articulação intersetorial, apoiando o desenvolvimento desses processos no Sistema Nacional de Saúde" (3).

- 0 Sistema Nacional Integrado de Informações em Saúde (SNIIS), a ser criado pela cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, "terá expressão articulada a nível de unidade federada, sob a coordenação das secretarias de saúde". "As responsabilidades de cada ministério serão definidas, sobretudo, pela capacidade de cada instituição para implantar e operar cada subsistema, estabelecendo-se mecanismos para efetiva e irrestrita cooperação interinstitucional e adequado e recíproco acesso às informações" (7). 0 SNIIS deve procurar a máxima simplificação possível, sem perda de eficácia desejada, sobretudo a nível dos serviços básicos: uma adequada combinação de registros sistemáticos, fluxos diferenciados de dados e informações, níveis de processamento e análise, e amostragens, deverá permitir a disponibilidade adequada de informação necessária, sem os excessos tradicionais.

3.3.4 — RECURSOS HUMANOS

Fator essencial e condição básica principal para a realização das atividades de saúde, os recursos humanos serão objeto de atenção prioritária e integrada.

- Serão adotadas medidas que permitam a criação de carreiras funcionais para os trabalhadores de saúde e em especial para os integrados na rede de serviços básicos e outras atividades de saúde pública. "Essas carreiras deverão contemplar: o estímulo necessário às categorias profissionais com deficiências de oferta, ao pessoal de níveis elementar e médio, ao exercício geral das profissões, ao exercício em áreas carentes, à produtividade, à dedicação e ao mérito; a progressão funcional com oportunidades de realização pessoal e profissional; política salarial adequada com remuneração apropriada; a definição de regimes de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva principalmente nos serviços básicos e regulamentação eficaz do regime de tempo parcial; educação continuada a apoio técnico convenientes; especificação de responsabilidades e avaliação adequada de desempenho" (8). Serão identificados e utilizados os mecanismos jurídico-institucionais que permitam a implantação de sistemas compatibilizados de desenvolvimento de recursos humanos em todo o País, eliminando-se os estrangulamentos atuais à adoção de carreiras, com as características indicadas, em cada estado.

- A mudança nas práticas e serviços de saúde, com a modificação do mercado e condições de trabalho e de emprego, irá criando as bases objetivas para as modificações efetivas da formação. Neste contexto serão expandidos e intensificados os esforços para a articulação crescente entre as instituições de educação e de serviços de saúde, visando o desenvolvimento de processos de integração docente-assistencial como estratégia básica para a adequação da formação de recursos humanos e estímulo ao aperfeiçoamento dos serviços. As regiões de saúde serão também regiões docente-assistenciais, integrando-se as atividades de ensino-aprendizagem às atividades assistenciais em todos os níveis; algumas dessas regiões contemplarão a participação direta da universidade conformando distritos docente-assistenciais.

- A preparação cuidadosa do pessoal de níveis elementar e médio merecerá atenção especial. Além das atividades de qualificação ou capacitação (sentido amplo) realizadas diretamente pelos serviços, o Ministério apoiará a profissionalização de 1º e 2º graus, através da articulação educação/saúde e utilização das possibilidades de capacitação dos serviços e de escolas especiais de formação profissional.

- A formação de profissionais de saúde a nível de graduação deverá ser geral e integral (técnica e humanística), permitindo a imediata incorporação dos profissionais na prestação de serviços básicos, de maneira produtiva, eficiente, crítica e criadora. À pós-graduação, em sentido amplo, deverá caber a responsabilidade pela formação de especialistas, com prioridade nas áreas básicas do atendimento e em saúde coletiva e, preferentemente, através de cursos de especialização e residências.

- A cooperação entre os sistemas de educação e de saúde, no Sistema Nacional de Saúde, implicará a constituição do Sistema Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, componente daquele, com expressões a nível de cada instituição e nas unidades federadas. O Ministério apoiará o desenvolvimento desse sistema, especialmente a nível das unidades federadas.

- 0 Ministério se preocupará particularmente pelo desenvolvimento de sistemas e atividades de supervisão e pelo estabelecimento de atividades sistemáticas de educação continuada, com base nas funções de supervisão, informação e documentação seletiva e atividades especiais de atualização e desenvolvimento técnico-profissional, para o pessoal nos serviços e em especial na rede de serviços básicos de saúde e outras atividades de saúde pública.

- No contexto do esforço para o desenvolvimento de recursos humanos para o sistema, o desenvolvimento de seu próprio pessoal merecerá atenção especial do Ministério, principalmente com vistas à formação de atitudes e capacidades adequadas às orientações adotadas para o setor e para a instituição. Serão aperfeiçoados os mecanismos e aspectos do Grupo Saúde Pública, conformando-se, em definitivo, as carreiras funcionais dos servidores do Ministério e intensificando-se as atividades de capacitação e desenvolvimento profissionais.

3.3.5— MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

- 0 desenvolvimento institucional do Ministério, no âmbito da capacitação política e técnico-administrativa do setor público no SNS, será promovido, com simplificação e agilização de métodos e procedimentos administrativos e eliminação da burocracia desnecessária.

- Em cooperação com o MPAS e a SEPLAN/PR será desenvolvido um efetivo esforço de apoio à modernização e desenvolvimento das secretarias estaduais de saúde, capacitando-as, progressiva e rapidamente, para suas funções e ampliado papel no SNS e no PREV-SAÚDE. Simultaneamente, e através das secretarias estaduais de saúde, será promovido o desenvolvimento dos organismos municipais de saúde no contexto do PREV-SAÚDE.

3.3.6 — PRODUÇÃO DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS

A produção de equipamentos e de insumos críticos, para as atividades de saúde, exerce poderosa influência na adoção ou manutenção de tecnologias assistenciais, induzindo e até impondo práticas e processos, nem sempre os mais adequados à solução dos problemas. 0 Ministério desenvolverá uma cuidadosa, mas firme, atuação nessa área, orientada principalmente ao desenvolvimento de tecnologias simples e eficazes. 0 Ministério promoverá e colaborará para:

HEMOTERAPIA

- implantação, em conjunto com as Forças Armadas, MPAS, secretarias de saúde e instituições interessadas da rede nacional de hemoterapia, regionalizada e hierarquizada, vinculada à rede de serviços básicos de saúde, incorporando atividades de terapia nos centros estaduais e regionais e atividades industriais em centros selecionados com cobertura macrorregional.

MEDICAMENTOS

- dinamização da aplicação da Relação de Medicamentos Básicos (RMB), de modo a estimular o uso dos medicamentos essenciais;

- concentração na Central de Medicamentos (CEME) das ações de aquisição e suprimento dos medicamentos demandados no âmbito da assistência de saúde proporcionada pelo governo, institucionalizando-se as fontes de seus recursos financeiros;

- manejo adequado da incidência da carga tributária, reduzindo-a ou eliminando-a no que concerne aos medicamentos básicos; e usando-a como estímulo para o desenvolvimento tecnológico e a produção interna de matérias-primas quimiofarmacêuticas, inclusive facilitando-se a importação de precursores e componentes de processos de elevada significação econômica;

- desenvolvimento de programa abrangente de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, associado com o processo industrial na área quimiofarmacêutica, que possibilite reunir massa crítica científica e tecnológica voltada para a absorção e aperfeiçoamento do conhecimento técnico e criação de tecnologia autóctone;

- estabelecimento de programação tecnológica e industrial a longo prazo, dirigindo esforços com vistas à redução da dependência do exterior, contemplando: 1) a produção complementar de matérias-primas já produzidas no País, porém ainda importadas, visando a substituição integral de importações e a integração vertical da produção, quando viável; 2) a produção interna de matérias-primas de elevada prioridade econômica e sanitária e daquelas que já disponham de insumos básicos produzidos no País; 3) a produção de matérias-primas obtidas de produtos naturais disponíveis.

- desenvolvimento de programa para o fornecimento e modernização do sistema de controle de qualidade e de procedimentos tecnológicos no campo da farmacotécnica, coordenando-se esforços do Ministério da Saúde e de instituições universitárias e científicas, enfatizando a preparação de recursos humanos necessários ao desenvolvimento dessas ações.

IMUNOBIOLÓGICOS

- Capacitação nacional para a produção interna dos imunizantes necessários ao Programa Nacional de Imunizações, através de:

— reforço e manutenção da capacitação tecnológica e de produção existente, completando-a com a absorção de tecnologia para a produção de vacinas a vírus, com domínio de todo o processo;

— articulação com as instituições do sistema nacional de desenvolvimento tecnológico e empresarial para a captação de recursos e apoio;

— desenvolvimento da produção de insumos e meios técnicos de produção;

— capacitação de laboratórios de controle da qualidade para a adequada normalização certificação de qualidade dos produtos.

- Desenvolvimento de reativos padronizados para diagnóstico laboratorial em apoio às atividades de vigilância epidemiológica e sanitária e controle de doenças.

EQUIPAMENTOS

- Articulação com os órgãos responsáveis pela política tecnológica e industrial para:

— estabelecimento de padronização de equipamentos para os serviços públicos de saúde;

— estímulo à produção, no País de equipamentos correspondentes à tecnologia simplificada a ser utilizada na rede de serviços básicos de saúde.

3.4 — ASPECTOS ESPECIAIS

3.4.1 — CIÊNCIA E TECNOLOGIA

- A pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde deverão estar orientados, prioritariamente, para o propósito de crescente autonomia nacional na produção de equipamentos e insumos, o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde e a identifica-

ção de soluções para os problemas de saúde tipicamente nacionais, destacando-se, entre eles, as enfermidades infecciosas e parasitárias, ciclo materno-infantil e os problemas de saúde ambiental. São instrumentos dessas orientações:

— a formação de recursos humanos qualificados, a criação de condições adequadas de trabalho e capacitação gerencial;

— a articulação entre as instituições e centros de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, dando-lhes complementariedade de ação, através de política setorial específica e programas coordenados;

— aproximação da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico ao planejamento empresarial para a industrialização de resultados;

— utilização da cooperação internacional para apoio e complementação do esforço interno;

— intensificação da atuação das entidades responsáveis pela normalização e controle de qualidade;

— captação de recursos para adequado financiamento.

3.4.2 — POPULAÇÃO

- As informações sobre a fecundidade da população brasileira nos últimos anos, que indicam um acelerado processo de diminuição, e os complexos fatores que determinam o comportamento das variáveis demográficas descartam, no momento, as razões "demográficas e econômicas", no plano social, para adoção de programa de planejamento familiar no Brasil. Permanecem, entretanto, motivos de ordem médica (muito específicos e limitados) e de ordem ética (direito a informação para decisão consciente) que devem ser considerados, não para justificar a existência de programa especial e específico, mas para a incorporação de atividades de informação e orientação médica individualizadas, para regulação da fecundidade, inclusive a provisão de meios, em casos especiais, aos serviços básicos de saúde. Tais atividades, entretanto, somente adquirirão significação efetiva e eficácia se forem parte de processos integrais de promoção de bem-estar e de desenvolvimento integrado das populações; o direito a viver com dignidade condiciona responsabilidade na geração da vida, pelo significado maior que a vida adquire e pela ruptura de padrões culturais que a tradição, a ignorância e a miséria alimentam com respeito a procriação.

4 — ESTRATÉGIA SETORIAL

4.1 — ASPECTOS INSTITUCIONAIS

4.1.1 — INTEGRAÇÃO INTERMINISTERIAL

A estratégia principal, inscrita nas diretrizes setoriais para o Ministério da Saúde, é a de articulação crescente com o MPAS e, em sentido mais amplo, com os demais ministérios integrantes do Sistema Nacional de Saúde, sob a orientação global do Conselho de Desenvolvimento Social.

- A importância fundamental do saneamento básico no controle de enfermidades e a relevância das condições habitacionais e do ambiente em geral na preservação da saúde privilegiam as relações com o Ministério do Interior. A coordenação, pelo MINTER, de programas integrados de desenvolvimento e do planejamento regional, acrescenta razões e oportunidades para o fortalecimento e aperfeiçoamento dessas relações. 0 PREV-SAÚDE ampliará as relações estabelecidas em função do PIASS, pela prioridade dada aos componentes de saneamento e melhorias habitacionais (áreas endêmicas da doença de Chagas) e serão ampliados os mecanismos para a cooperação recíproca nos demais aspectos. Entre outras medidas, o Ministério da Saúde sugere modificações na estrutura e administração financeira do PLANASA para ampliar o atendimento de populações de baixa renda de pequenos centros urbanos ou rurais, e a ampliação do programa habitacional, em áreas rurais em função das necessidades do controle da doença de Chagas.

- Com a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN) experiências anteriores de cooperação bem sucedida na formulação conjunta de programas de grande significação (PRONAN, PIASS, etc.) e em sua implementação ou na realização de estudos, etc. valorizam as relações que o Ministério da Saúde deseja sejam intensificadas

e ampliadas. Além das relações normais, vinculadas ao processo de planejamento geral, orçamento e modernização administrativa, o Ministério da Saúde deseja a cooperação da SEPLAN na formulação de políticas e programas e na realização de estudos, sobretudo, nas áreas do PREV-SAÚDE e do PRONAN, do desenvolvimento tecnológico, produção de insumos e equipamentos e financiamento.

- Com o MEC, na formulação, implantação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, parte integrante do SNS, tanto a nível federal como a nível operacional nos estados e universidades.

- Com outros ministérios no desenvolvimento de ações e programas específicos, tais como com Agricultura no desenvolvimento do PRONAN, Ministério do Trabalho na preparação de mão-de-obra e condições de trabalho, com o DASP no desenvolvimento do subsistema de utilização de recursos humanos; etc.

- Mas é indiscutivelmente com o Ministério da Previdência e Assistência Social que a integração do Ministério da Saúde se manifestará de forma mais significativa e completa. Articulados a nível político, somarão seus esforços e recursos a nível operacional na implantação do PREV-SAÚDE, tendo as secretarias estaduais de saúde como instituições nucleares. Tal integração operacional será apoiada pela integração de normas e processos, sobretudo através do planejamento, e com o objetivo último de tender à constituição de um sistema de saúde unificado institucionalmente no País. Nestas circunstâncias a Comissão Permanente de Consulta será modificada em sua estrutura e funções, transformando-se em Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação com a responsabilidade principal de integrar as atividades de planejamento e orientação normativa dos dois ministérios e de coordenar a ação de ambos a nível dos estados.

4.1.2 — ARTICULAÇÃO COM ESTADOS E MUNICÍPIOS

- A implantação do Sistema Nacional de Saúde a partir do PREV-SAÚDE, de forma integrada nos estados, se fará com a utilização das secretarias estaduais de saúde como instituições coordenadoras e nucleares sob cuja responsabilidade será promovida a participação das municipalidades e das comunidades envolvidas. Essa estratégia implica em processos de ampla descentralização de responsabilidades para as secretarias estaduais de saúde e para as instituições locais, conservando-se a responsabilidade e o compromisso permanente da União em prover orientação geral e apoio técnico financeiro suficiente e adequado. Um programa prioritário de apoio ao desenvolvimento institucional das secretarias de saúde será realizado em cooperação com o MPAS/INAMPS e tendo em vista também a regionalização e descentralização das atividades de saúde nos estados.

- A mobilização dos municípios para que participem, de acordo com suas potencialidades e características, nesse processo de articulação institucional, sobretudo em função do PREV-SAÚDE, será realizada de preferência através dos estados. As municipalidades serão chamadas a assumir responsabilidades, preferentemente na manutenção e administração de serviços de atendimento primário e de natureza local. Tal responsabilidade, entretanto, deverá estar ajustada às condições diferentes dos municípios brasileiros, desde aqueles (a maioria) que não dispõem de condições mínimas até as grandes metrópoles ou cidades importantes. 0 Ministério da Saúde utilizará os instrumentos de que disponha, inclusive apoio financeiro, para promover a participação dos municípios e estimular os estados a realizarem o esforço máximo de descentralização efetiva de atribuições executivas na prestação de serviços locais para as municipalidades.

4.1.3 — OUTRAS INSTITUIÇÕES

Será preocupação constante do Ministério da Saúde a utilização de capacidade existente ou potencial de outras instituições, em especial as universidades e instituições comunitárias, em apoio à realização das atividades e programas de saúde, visando não apenas a redução de custos, mas, principalmente, a ampliação da capacidade criativa e de renovação do sistema e a mobilização de recursos sociais para o setor.

4.2 — FINANCIAMENTO

- Há evidência de que a participação da saú-

de no Produto Interno Bruto (PIB) do País está aquém das possibilidades no estágio atual de desenvolvimento da sociedade brasileira. Ainda que não existam padrões indiscutíveis para avaliação do esforço social em saúde, a participação atual do setor (em torno de 4,2% do PIB) é extraordinariamente baixa em comparação com o que ocorre em países de nível similar de desenvolvimento. Em conseqüência, os recursos destinados às atividades de saúde no Brasil situam-se em níveis bastante inferiores às necessidades básicas da população e às possibilidades do País, fazendo com que considerável parcela da população brasileira permaneça à margem da assistência médica e de saúde. Mas "se é preciso aumentar os recursos para o setor, necessário também se faz utilizá-los racionalmente. As soluções propostas para os problemas de saúde deverão levar em conta o fato fundamental de que vivemos em um País pobre" (1).

- A providência inicial e básica será a coordenação e somação dos recursos existentes das instituições públicas, principalmente os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde, como também outras instituições do SNS. Simultaneamente será aumentada a produtividade dos recursos disponíveis através da adoção de formas ou modalidades de prestação de serviços socialmente mais eficientes, especialmente o PREV-SAÚDE.

- Com base no esforço de racionalização da utilização dos recursos disponíveis, serão realizados estudos e gestões para identificação e aplicação de mecanismos que permitam elevar a participação do setor saúde no Produto Interno Bruto e nos dispêndios dos governos. Como parte desse esforço, e demonstrados a necessidade e os benefícios sociais da aplicação de recursos adicionais, destacam-se de imediato as possibilidades:

— aumento da participação do Ministério da Saúde no orçamento da União, de forma a permitir o desenvolvimento eficiente das atividades e programas sob sua responsabilidade direta;

— aumento da participação das atividades de saúde na aplicação de recursos extra-orçamentários, administrados pelo Estado, por exemplo, os oriundos das loterias. Serão desenvolvidos esforços para a constituição de fundo com características setoriais de saúde, incorporando os recursos destinados ao desenvolvimento dos serviços básicos;

— maior participação nos recursos do FAS, orientando-os, exclusivamente, para as prioridades setoriais e, especialmente, o PREV-SAÚDE e o PRONAN;

— articulação efetiva com os programas integrados de desenvolvimento

— a possibilidade de destinação de recursos especiais do PLANASA e do Sistema Financeiro Habitacional para o financiamento de atividades de saneamento básico de tipo simplificado e para populações de baixa renda, sem preocupação de retorno, e para melhorias habitacionais em áreas endêmicas da doença de Chagas, a fundo perdido ou altamente subsidiado;

— inclusão nos financiamentos por estabelecimentos de crédito oficiais (Banco do Brasil, Banco do Nordeste, Banco da Amazônia, Banco Nacional de Crédito Cooperativo, etc.) de parcelas destinadas, obrigatoriamente, para a melhoria habitacional dos trabalhadores rurais e criação de serviços de atendimento à saúde, em função do número de pessoas residentes;

— a captação de recursos externos, em condições favoráveis, como forma de complementação de recursos nacionais e exclusivamente para o financiamento de investimentos, sobretudo, para a rede de serviços básicos de saúde.

4.3 — COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação internacional deve sempre ser coordenada e orientada em função da programação básica do governo receptor, de acordo com critérios estritos de prioridade e sob o efetivo comando nacional. Neste aspecto destacam-se:

- a definição dos aspectos em que se requer a cooperação da OPAS/OMS e de outras organizações internacionais, em caráter permanente, e os aspectos em que tal cooperação deve ter caráter transitório e muito específico, estabelecido que essa cooperação não deve ser substitutiva do esforço nacional e deve ter caráter capacitante ou mobilizador;

- o apoio aos esforços do Ministério das Relações Exteriores para o estabelecimento de relações diretas de cooperação técnica bilateral, especialmente com os países da América

Latina e África. Simultaneamente serão aproveitadas, racional e controladamente, as possibilidades de cooperação bilateral oferecida ao Brasil, em especial nas áreas de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção de insumos críticos, recursos humanos e desenvolvimento de serviços;

- a participação do Ministério, em representação do governo nos organismos internacionais no campo da saúde, especialmente na OMS e OPAS, com disposição construtiva e solidária, promovendo e apoiando o aperfeiçoamento desses organismos, para que sejam mais eficientes e cumpram, com proficiência, sua missão de cooperação com os estados membros e de instrumentos catalisadores da cooperação entre os países.

4.4 — PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- Parte da estratégia a ser adotada, e objeto essencial em si mesmo, será a constante preocupação para a criação de oportunidades e mecanismos que permitam a participação crescente da sociedade na discussão, nas decisões, na execução, no controle e na avaliação das ações de saúde realizadas ou promovidas pelo Ministério. Essa participação será promovida e realizada em todas as instâncias das organizações sociais com interesse na saúde, destacando-se:

a) O Congresso Nacional e os partidos políticos, para que a saúde se transforme em tema e preocupação permanente dos movimentos políticos, líderes e representantes do povo brasileiro.

b) As associações de classe e profissionais, organizações comunitárias e religiosas, para mobilizá-las e permitir-lhes a participação crítica, com idéias, soluções e cooperação na realização das ações propostas.

c) Os trabalhadores de saúde, dentro das instituições a que pertencem, estabelecendo-se mecanismos para que participem na elaboração e discussão de propostas e formem atitudes e comportamentos de adesão a sua implantação e desenvolvimento.

- Mas, é sobretudo a nível das comunidades e da população em geral que a participação social deverá ser efetiva e crescente. O Ministério da Saúde, em cooperação com as demais instituições do governo, procurará identificar e estabelecer mecanismos que promovam e permitam esta participação em todos os níveis do sistema. A descentralização das responsabilidades de saúde será um instrumento para a democratização das decisões no setor e para a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, como parte do processo de participação integral que a sociedade brasileira está requerendo.

4.5 — APRECIAÇÃO GLOBAL

A viabilidade das propostas derivadas destas diretrizes é, entretanto, e sobretudo, um problema político no contexto do processo social e estrutura de poder real vigente no País. O esforço do Ministério estará orientado também nessa direção: a construção de bases políticas de sustentação de suas propostas de ação, transformando assim a saúde em objeto e fator do desenvolvimento político e democrático da sociedade brasileira. É nessa perspectiva também que o Ministério procurará inserir as ações e programas de saúde nas propostas globais do desenvolvimento nacional, convencido da determinante importância que o modelo e estilo de desenvolvimento têm sobre a saúde da população e sobre a possibilidade de realização dos objetivos do setor.

5 — ESTRATÉGIA INTERNA

A estratégia institucional do Ministério se baseará no princípio da unidade funcional: unidade de comando e operação coordenada. Os instrumentos básicos desta estratégia serão o PREV-SAÚDE como programa nuclear, a coordenação efetiva da ação estratégica do Ministério, inter-relacionando planejamento, operação e avaliação, a ser desenvolvida sob responsabilidade da Secretaria-Geral, e a mobilização dos órgãos e de pessoal para uma participação real no processo.

- As relações com os estados serão reguladas por convênio único e programação integrada desenvolvida em conjunto com o MPAS/INAMPS. O PREV-SAÚDE constituirá o núcleo e componente axial dessas relações, integrando as ações previstas nos anti-

gos "programas especiais" e outros realizados pelos estados, e será apoiado por um esforço integrado de desenvolvimento institucional e da infra-estrutura técnico-administrativa das secretarias de saúde.

- A ação integrada do Ministério superará, sempre que necessário, as limitações e rigidez da organização formal, adotando-se procedimentos flexíveis e desenvolvendo-se mecanismos ágeis de decisão e implementação.

- As secretarias nacionais e suas divisões deverão assumir a responsabilidade básica do desenvolvimento de normas e definição de padrões de auação, a nível ministerial, nas áreas respectivas, ajustando-as às necessidades e realidades a nível dos estados e compatibilizando-as com a ação integrada de todo o Ministério. Simultaneamente, deverão participar no esforço de apoiar e cooperar tecnicamente com as secretarias de saúde das unidades federadas.

- As coordenadorias regionais acompanharão, em articulação com as delegacias federais, a ação do Ministério a nível dos estados, e participarão ativamente da implementação das medidas de cooperação do Ministério com as secretarias estaduais, sem que se burocratizem procedimentos e mecanismos para isso. Além disso, as coordenadorias deverão cumprir suas funções regionais de informação e assessoria política. A capacidade operacional e técnica das delegacias federais, além do estritamente necessário ao cumprimento das funções essenciais de informação e coordenação local de atividades próprias do Ministério, deverá ser incorporada de fato às equipes de coordenação e técnicas das secretarias de saúde.

- A SUCAM, o INAN e as fundações (FSESP, FIOCRUZ e FPS) orientarão suas atividades, nas áreas de suas responsabilidades, de acordo com as diretrizes estabelecidas e especialmente para o desenvolvimento do PREV-SAÚDE e fortalecimento das secretarias de saúde. Preservando suas autonomias administrativas e de operação, se integrarão nos objetivos do planejamento estratégico dirigido pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Secretaria-Geral. Será estudada, quando necessário, a reorganização dessas entidades com vistas a maior unidade operacional e sua dinamização como instrumentos da política setorial.

- A função de planejamento adquire importância vital na estratégia proposta. Será desenvolvida em dois planos complementares e intimamente articulados na prática:

a) global, de natureza estratégica, a nível ministerial, sob a coordenação da Secretaria-Geral e em estreita articulação com o MPAS/INAMPS, outros ministérios integrantes do SNS e SEPLAN/PR. A participação dos diversos órgãos centrais do Ministério e entidades vinculadas orientar-se-á pelo princípio de "direção consultiva" a ser adotado, de forma a que se atenda aos objetivos da condução política, a flexibilidade de operação e as características de cada área;

b) operativo, de programação, a nível dos estados, com a descentralização máxima até o nível local, e realizado com a coordenação e apoio centrais, a partir das realidades locais, mas dentro das orientações gerais do planejamento estratégico.

A alimentação recíproca desses dois planos é condição essencial ao desenvolvimento do processo. Entretanto, é necessário o entendimento da predominância da prática concreta, a nível operacional, sobre as formulações mais abstratas do nível central, no estabelecimento de normas operacionais e de padrões e procedimentos no geral estandardizados; a isso agregue-se a consideração necessária das conjunturas políticas e situações sócio-culturais específicas.

- A coordenação da função de planejamento implica na necessidade de desenvolver-se o sistema de informações e as atividades de acompanhamento e avaliação, instrumentos e conseqüências daquela.

- O orçamento de 1981 será elaborado já em correspondência com a nova orientação programática e administrativa. Entretanto, a execução do orçamento de 1980 será ajustada a essa orientação, de forma a constituir-se um instrumento efetivo da programação integrada e de coordenação operacional.

- O Ministério orientará sua ação no sentido de mobilizar e utilizar capacidades e recursos externos; evitará a execução direta

sempre que possa transferir para outra instituição pública essa responsabilidade, ressalvados os casos de necessidade estratégica, política ou técnico-administrativa. Essa orientação, particularmente crítica para prestação de serviços em relação às secretarias de saúde, aplica-se às diversas áreas de atuação do Ministério.

• O Ministério deverá preocupar-se pela eficiência de suas ações, além da preocupação essencial por sua adequação às necessidades da população e ao contexto político e social. O esforço da racionalização no uso dos recursos é condição básica para o prestígio da instituição e conseqüente expansão de seus meios.

• A participação interna do pessoal é objetivo prioritário da administração e condição estratégica de grande significação. Para que ela se efetive são requeridos: conhecimento e compreensão da complexidade da missão do Ministério e adesão às diretrizes e programas, além de capacitação, atitude de colaboração, dedicação e oportunidades para participar. O primeiro conjunto de fatores será promovido pela informação e divulgação amplas dos problemas e soluções propostas, a partir dessas diretrizes; o segundo conjunto, pela realização sistematizada de atividades de capacitação interna e pela criação de oportunidades de discussão, crítica e contribuição às decisões. Cada órgão deverá estabelecer os mecanismos que efetivem essas oportunidades.

• A cooperação externa pode e deve constituir-se em recursos e instrumento de significativo valor para o esforço do Ministério, sempre que dirigida pelo Ministério e orientada para as prioridades e por critérios nacionais. O Ministério estabelecerá uma coordenação efetiva sobre a cooperação externa na área da saúde, em articulação com os demais ministérios do setor e com a SUBIN/SEPLAN e Ministério das Relações Exteriores.

A cooperação externa não terá caráter substitutivo da responsabilidade nacional; será, preferentemente, dirigida a aspectos específicos em que haja insuficiências tecnológicas ou científicas do País; objetivará a transferência de tecnologia ou conhecimento e a conseqüente capacitação interna; deverá ter, em regra, caráter transitório em cada área específica sem prejuízo da natureza permanente da cooperação como um todo; poderá, dependendo da conveniência nacional, realizar-se através de peritos, bolsas e outras atividades de desenvolvimento de recursos humanos ou aportes de recursos materiais e financeiros.

A Secretaria-Geral coordenará todos os aspectos técnicos da cooperação externa sob a responsabilidade do Ministério, cabendo à Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde a responsabilidade pelos aspectos formais, atuando as duas em forma articulada.

REFERÊNCIAS

1. Discurso de posse do Dr. Waldyr Mendes Arcoverde no cargo de Ministro de Estado da Saúde.

2. Proposta do Ministério da Saúde para o III Plano Nacional de Desenvolvimento.

3. Documento da reunião especial entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social: serviços básicos de saúde.

4. Projeto do III Plano Nacional de Desenvolvimento 1980/85.

5. Discurso do Ministro Jair Soares, na Câmara dos Deputados, em março de 1979.

6. Documento da reunião dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para definição de diretrizes de ação conjunta em saúde: epidemiologia.

7. Documentos da reunião entre os Ministérios da 'Saúde e da Previdência e Assistência Social para definição de diretrizes de ação conjunta em saúde: informática.

8. Documentos da reunião dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para definição de diretrizes de ação conjunta em saúde: recursos humanos.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

A presença do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde na 7.ª Conferência Nacional de Saúde deve ser vista sob um ângulo todo especial. De fato, estará participando de um conclave de singular significação histórica, pois representa o marco inicial do engajamento do Brasil no esforço de caráter mundial que os países membros daquela Organização unanimemente se comprometeram a realizar em prol da saúde de suas populações, tendo como meta conseguir que todos os cidadãos do mundo possam desfrutar, até o fim deste século, de um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

A Comissão Organizadora da 7.ª Conferência Nacional de Saúde julgou, portanto, conveniente oferecer aos participantes um conjunto de notas retiradas de recente documentação internacional sobre a matéria, as quais resultaram de reuniões da importância da Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, das sessões do Conselho Executivo da OMS e de suas Assembléias Mundiais da Saúde. Tais notas poderão não só servir de subsídio aos debates desta Conferência, como também esclarecer algumas questões de caráter conceitual ou técnico sobre as quais, pela primeira vez no plano internacional, houve consenso e unanimidade.

1 – EVENTOS RECENTES

Em 1975, a 28.ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou uma resolução (1) no sentido de a OMS organizar uma reunião ou conferência internacional sobre a denominada "atenção primária de saúde". Em 1976, o Conselho Executivo da OMS criou, através de uma resolução especial (2), um comitê especial para fixar os detalhes da conferência e tomar as medidas necessárias. Em 1978, a Conferência teve lugar em Alma-Ata, na União Soviética, tendo se realizado de 6 a 12 de setembro, sob os auspícios da OMS e do Fundo Internacional de Socorro à Infância. Participaram da Conferência delegações de alto nível de 134 países membros e representantes de 67 organizações e agências especializadas das Nações Unidas (PNUD, OIT, UNESCO, Banco Mundial, FAO, etc.), bem como outras organizações não governamentais. O Brasil foi um dos poucos países ausentes. Dessa Conferência resultaram a denominada **Declaração de Alma-Ata** e 22 recomendações.

Em janeiro de 1979, com base nesse documento, o Conselho Executivo da OMS elaborou um outro sob o título **Formulação de Estratégias com Vistas a Alcançar Saúde para Todos no Ano 2000; Princípios Básicos e Questões Essenciais.** Esse documento foi amplamente debatido pela 32.ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em maio de 1979, que, através de uma resolução, o aprovou por unanimidade. A delegação do Brasil manifestou-se plenamente de acordo com o documento e a resolução, e assumiu o compromisso de vincular-se ao processo de desenvolvimento da estratégia mundial de extensão, o qual proporcionará a todos uma cobertura de saúde tecnicamente adequada, economicamente exeqüível e socialmente justa.

As notas a seguir representam, pois, excertos do referido documento que, para a discussões e debates da 32.ª Assembléia Mundial da Saúde, levou o número A 32/8.

2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

A atenção primária de saúde deve ser vista como parte de um sistema nacional de saúde completo e uma coordenação com todos o. demais setores interessados.

A Conferência de Alma-Ata declarou que os governos têm a obrigação de cuidar da saúde de seus povos, obrigação esta que só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Ao mesmo tempo, reconheceu que o povo tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente do planejamento e da aplicação de medidas em prol da própria saúde. A plena participação da comunidade é indispensável para o desenvolvimento da atenção primária de saúde, definida como um enfoque intersetorial e concebida como parte integrante do desenvolvimento social. Foi assinalada a necessidade de dedicar atenção prioritária à periferia social, através da prestação de cuidados primários de saúde completos (atenção primária de saúde completa) no plano social, com mecanismos de referência de casos, meios de apoio dentro do sistema sanitário nacional, recursos suficientes em pessoal de saúde, uma tecnologia apropriada e uma reorientação dos sistemas e serviços de saúde com vistas à atenção primária de saúde. Ficou claro que a expressão **primary care** em inglês, na verdade significa cuidados "primordiais", "primeiros", e não simplesmente elementares. Esses compreenderão toda a gama de cuidados a cargo de unidades de saúde de primeira linha – ou de nível primário – à disposição de parcelas relativamente pequenas da população porque devem se ocupar, em caráter contínuo, das condições mórbidas mais comuns, tanto das pessoas, quanto da comunidade. Estando elas vinculadas a unidades do nível secundário para populações maiores, no que diz respeito a doenças menos freqüentes, poderão requerer cuidados de caráter descontínuo e eventual hospitalização. Como última instância de um sistema de unidades de saúde estarão as instituições de nível terciário, de caráter especializado, capacitadas a diagnosticar e tratar; condições mórbidas de maior complexidade.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde constituiu o primeiro passo de um esforço mundial em prol da saúde para todos, com base no princípio fundamental de que a atenção primária de saúde será amplamente adotada como pedra angular do desenvolvimento sanitário. A atenção primária de saúde variará em função das realidades políticas, sociais e econômicas de cada País, por que não pode existir um modelo universal de sistema sanitário. A auto-responsabilidade nacional é fundamental na definição dos sistemas de saúde, mas a solidariedade e a interdependência mútuas são também cruciais para o pleno desenvolvimento daquele tipo de atenção primária de saúde que há de conduzir a um melhor nível de saúde em todo o mundo.

Como expressão dessa solidariedade e interdependência mútuas, os participantes da Conferência de Alma-Ata conseguiram chegar a um acordo sobre os princípios básicos da atenção primária de saúde e sobre as linhas gerais de ação a serem empreendidas, tanto em cada país, quanto no plano internacional, a fim de se conseguir que a atenção primária de saúde seja devidamente compreendida, introduzida, e sistematicamente fortalecida em todo o mundo.

3 – A OMS E A DECLARAÇÃO DE

ALMA-ATA

A Constituição da OMS e numerosas resoluções das Assembléias Mundiais da Saúde têm reiterado que "a saúde é um direito humano básico e é um objetivo social em todo o mundo; que é indispensável para a satisfação das necessidades humanas básicas e para a qualidade da vida e que deve estar ao alcance de todas as pessoas". Já a Declaração de Alma--Ata reconhece que a atenção primária de saúde é a chave para alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000, como parte do desenvolvimento geral, em conformidade com o espírito da justiça social".

Colocando-se de acordo com a Declaração, o Conselho Executivo da OMS pergunta: o que se deve entender pela expressão "saúde para todos"? E responde: cabe esperar que os

países cheguem a um **entendimento geral** de que esta expressão se refere à necessidade de colocar-se a atenção primária de saúde ao alcance de todos os indivíduos que, por seu intermédio, terão acesso a todos os níveis de um sistema abrangente de saúde que vise à contínua melhoria da situação sanitária de toda a população.

4 – ALGUNS PRINCÍPIOS

O setor saúde, por si só, não pode alcançar aquela meta. Faltarão a vontade, determinação ou decisão política dos países, bem como os esforços coordenados do setor saúde com outros setores do desenvolvimento social e econômico. **As estratégias desses setores têm que se apoiar mutuamente.**

Tanto a Declaração de Alma-Ata, quanto doutrinas elaboradas por países, pela OMS, por grupos de peritos, etc., contêm certos princípios fundamentais para o desenvolvimento sanitário:

– responsabilidade dos governos quanto à saúde de suas populações;
– o direito e o dever das pessoas de participar, individual ou coletivamente, das atividades que visem à preservação de sua saúde;
– o dever dos governos e das profissões de saúde de facilitar ao público a informação pertinente em matéria de saúde, a fim de permitir que a população possa assumir uma responsabilidade maior quanto à própria saúde;
– a autodeterminação e auto-responsabilidade individuais, comunitária e nacional em matéria de saúde;
– a interdependência dos indivíduos, das comunidades e dos países, com base em sua preocupação comum pela saúde;
– uma distribuição mais eqüitativa dos recursos para a saúde, tendo em vista os setores sociais mais carentes e a necessidade de ser oferecida cobertura a toda a população;
– a atribuição de maior prioridade a uma ação preventiva bem integrada com medidas curativas, de reabilitação e de higiene ambiental;
– a prática tanto da oportuna pesquisa biomédica quanto sobre serviços de saúde, e a pronta aplicação de seus resultados;
– a aplicação de tecnologia apropriada, através de programas de saúde bem definidos, com base na atenção primária de saúde;
– a orientação social do pessoal de saúde de todas as categorias e níveis a serviço da população, e sua apropriada promoção técnica.

Em Alma-Ata e, depois, na 32.ª Assembléia Mundial da Saúde ficou estabelecido que a atenção primária de saúde compreende pelo menos:

– “a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes;
– a promoção do suprimento de alimentos e de uma nutrição apropriada;
– o abastecimento adequado de água potável e o saneamento básico;
– a assistência materno-infantil, com inclusão do planejamento familiar;
– a imunização contra as principais doenças infeciosas ;
– a prevenção e luta contra as doenças endêmicas locais;
– o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns;
– o fornecimento de medicamentos essenciais.”

5 – FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PLANOS DE AÇÃO FORMAM UM TODO, NÃO DEVENDO HAVER LINHAS DIVISÓRIAS ENTRE ELAS

• Uma política nacional de saúde deve visar ao melhoramento da situação sanitária através da formulação de: 1) metas; 2) do estabelecimento de prioridades para metas; 3) da orientação geral para alcançá-las.

• Uma estratégia nacional, baseada em uma política nacional de saúde, deve compreender as linhas gerais da ação a ser empreendida por todos os setores que podem contribuir para a implementação daquela política.

• Um plano nacional de ação é um amplo plano intersetorial que visa a alcançar as metas sanitárias nacionais mediante a aplicação da estratégia preestabelecida. O plano deve indicar:

– o que deve ser feito;

– quem deverá fazê-lo;
– que recursos serão usados;
– que tempo deverá levar e qual será o calendário da ação.

É um marco dentro do qual serão detalhadas: 1) programação; 2) orçamentação; 3) execução e 4) avaliação.

• Os possíveis pontos iniciais do conjunto do processo que deve formar um todo são muito numerosos. Comece por onde começar, duas décadas devem ser suficientes para que se alcancem seus objetivos.

6 – POLÍTICAS SANITÁRIAS ESTRATÉGICAS NACIONAIS

Cada país terá que estabelecer sua política sanitária como parte da política geral de desenvolvimento sócio-econômico, tendo na devida conta seus próprios problemas e possibilidades, circunstâncias particulares, estruturas sociais e econômicas, bem como mecanismos políticos e administrativos. Cada país terá que especificar suas metas e prioridades. As estratégias nacionais devem compreender a identificação sistemática e a utilização: 1) dos pontos de início mais favoráveis ao desenvolvimento do processo; 2) dos meios para conseguir a participação de outros setores que influem sobre a saúde; 3) dos diversos fatores políticos, sociais, econômicos, administrativos e técnicos, dos obstáculos e limitações, bem como da maneira de superá-los.

7 – COMPROMISSO, VONTADE OU DETERMINAÇÃO POLÍTICA

A implantação ou o fortalecimento do processo que vise a alcançar a meta “saúde para todos” exige uma vontade política inequívoca com vistas à realização das reformas indispensáveis para que tal meta se torne uma realidade. A mobilização da opinião pública é essencial. À.s vezes, medidas políticas enérgicas se impõem. A cooperação com outros países e o compromisso internacional estimulam a determinação política.

8 – CONSIDERAÇÕES SOCIAIS. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Deve-se levar em consideração a necessidade mais ampla, do ponto de vista social, de melhorar a qualidade de vida e proporcionar o máximo de benefícios sanitários para todos. Será mister reduzir o abismo entre os “privilegiados” e os que “nada possuem”, através da formulação e aplicação de medidas concretas que visem a uma distribuição mais eqüitativa dos recursos, com prioridade absoluta para os grupos mais carentes.

9 – CENTROS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE

Recomenda-se sua implantação com a responsabilidade: 1) de participar do desenvolvimento do processo de programação sanitária racional; 2) de estudar e esclarecer os problemas de gestão administrativa relativos à organização da atenção primária de saúde, e 3) de realizar pesquisas sobre os setores de saúde afins. Para o desempenho dessas funções, tais centros deverão atuar em estreita articulação e colaboração com os setores sociais e econômicos interessados. Além disso deverão estar, de preferência, relacionados à mais alta autoridade de saúde e, assim, prestar serviços aos conselhos nacionais de saúde. Também poderão servir como centros de consulta, de docência, ou de informação. Poderão atuar a nível regional.

10 – PROGRAMAS E SERVIÇOS ESSENCIAIS

E preciso definir, tendo por base critérios adequados, quais são os programas a serem executados no contexto da atenção primária de saúde e, portanto, que serviços deverão ser prestados. Será preciso estabelecer-se um critério de essencialidade, isto é, que serviços de saúde deverão ser prestados só pelo Estado, não podendo ser delegados.

11 – TECNOLOGIA APROPRIADA

Durante a formulação das estratégias e programas, bem como do planejamento dos serviços encarregados de executá-los, haverá que estudar as tecnologias existentes, selecionar as que sejam apropriadas e promover as pesquisas e estudos destinados a identificar as tecnologias alternativas. Realizar tudo isto em colaboração com instituições docentes e de

pesquisas, a indústria e as organizações não governamentais de áreas afins. A participação da comunidade servirá para determinar a idoneidade da tecnologia.

12 – PESQUISA EM SAÚDE

A melhor maneira de realizá-la é tomando parte no planejamento e na execução das atividades a serem estudadas. Esta pesquisa deverá estar orientada para os problemas relacionados à formulação e a aplicação de políticas, estratégias e planos de ação nacionais. A pesquisa em saúde deve ser um componente natural da programação de saúde.

13 – REORIENTAÇÃO DO SISTEMA SANITÁRIO NACIONAL

Todo o sistema sanitário deve seguir uma evolução que esteja conforme com as diretrizes e o conteúdo das novas políticas, estratégias e planos de ação, evitando-se que a atenção primária de saúde se converta em um sistema paralelo, ou em um "primo pobre" do sistema vigente. Mister será revisar como está funcionando em seu todo, e como estão sendo empregados os seus recursos e energias.

14 – VIGILÂNCIA E AVALIAÇÃO

Haverá que, desde logo, estabelecer um processo de avaliação que permita determinar a eficácia e as repercussões das medidas que forem adotadas. Isso será feito em dois níveis: no da política geral, e no nível de direção ou técnico, níveis estes que estarão inter-relacionados.

No primeiro, há que ver se o nível de saúde da população está melhorando e se é preciso revisão da política, da estratégia e dos planos de ação. A nível de direção ou técnico, há que averiguar se os programas estão se desenvolvendo corretamente, se os serviços estão se organizando adequadamente, etc. Dois tipos de indicadores, portanto: os que permitem medir o estado de saúde e a qualidade da vida a ele relacionada; e os que permitem medir a prestação dos cuidados de saúde.

Têm que ser realmente significativos e, quanto ao primeiro, tanto a expectativa de vida ao nascer quanto a taxa de mortalidade infantil podem ser preferidas. A expectativa mínima de vida seria de 60 anos; a taxa máxima de mortalidade infantil seria de 50/1000 nascidos vivos. Deve-se recordar que indicador não é o sinônimo de meta. Serve para avaliar em que medida as metas fixadas estão sendo alcançadas.

15 – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL

Pressupõe-se que a identificação das necessidades será feita **nos** países e **pelos próprios** países. A cooperação técnica entre os países em desenvolvimento (CTPD) é importante instrumento para a formulação das estratégias regionais, não só entre tais países, mas, também, destes com os mais desenvolvidos com vistas a uma estratégia, senão a **um compromisso mundial**.

Acordos regionais, por exemplo, sobre a fabricação de medicamentos essenciais, de produtos biológicos (em busca da auto-suficiência) e sobre tecnologia econômica para o fornecimento de água pura são altamente desejáveis. Também muito se indica a articulação dos centros nacionais de pesquisa, desenvolvimento e ensino em saúde, no sentido de formar redes regionais.

Haverá que estabelecer, no plano mundial, acordos sobre políticas de produção, inspeção de qualidade, preços, exportação e importação de medicamentos, vacinas, alimentos, equipamentos, material e equipamento terapêutico e diagnóstico.

16 – ESTRATÉGIA MUNDIAL

Fruto de uma decisão coletiva da 32.ª Assembléia Mundial da Saúde, ajudará a fortalecer uma política mundial e a fomentar o desenvolvimento dos organismos internacionais como o **ECOSOC**, a **UNICEF**, este, ajudando a fixar metas não só de saúde, como sócio-econômicas. Há necessidade, portanto e sem demora, da implementação da estratégia mundial e da observação de seu calendário inicial, ajustável no tempo.

MOÇÃO APROVADA PELO PLENÁRIO DA 7.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Os participantes da 7.ª Conferência Nacional de Saúde:

1) reconhecem conscientemente que, sob a égide do Ministro de Estado da Saúde, Doutor Waldyr Mendes Arcoverde, com a participação dos técnicos brasileiros do Ministério da Saúde e das demais instituições de pesquisa e de assistência do setor saúde, serão capazes de bem determinar as dimensões do problema de poliomielite no País, assim como bem conduzirão as medidas adicionais que intensificarão o controle desta doença no nosso meio, mesmo dentro das limitações sócio-culturais hoje existentes.

Aprovam, sem restrições, e aplaudem a condução que o Ministério da Saúde vem dando às atividades de combate à poliomielite no País e, em especial, os cuidados tomados para que a pesquisa especial, destinada a conhecer a dimensão real do problema, seja realizada com os fundamentos estatísticos indispensáveis à sua validação.

LISTA DE PARTICIPANTES

1 — ABEL TENÓRIO DE SOUZA ROCHA
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

2 — ÁBNER CAVALCANTE BRASIL
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Teresina, PI

3 — ACIR RODRIGUES DO PRADO
Médico
Central de Medicamentos
Brasília, DF

4 — ADAIL MONTEIRO DE SANTANA
Médico-Sanitarista
Coordenadoria Regional de Saúde do Nordeste
Teresina PI

5 — ADALBERTO CORRÊA CAFÉ
Professor
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
Brasília, DF

6 — ADEMYR RODRIGUES DA SILVEIRA
Médico
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
Brasília, DF

7 — ADIB DOMINGOS JATENE
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
São Paulo, SP

8 — ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

9 — AGLAIDE SULTANUM CORDEIRO
Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

10 — AGOSTINHO CRUZ MARQUES
Médico
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Brasília, DF

11 — AGOSTINHO SALDANHA DE LOYOLA
Médico-Sanitarista
Ministério da Saúde
Curitiba, PR

12 — AGUINALDO CARDOZO DA COSTA
Médico
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
Recife, PE

13 — ALBERTO COUTINHO FILHO
Médico
Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro, RJ

14 — ALBERTO GONCALVES NEVES
Médico-Sanitarista
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Brasília, DF

15 — ALBERTO PELLEGRINI FILHO
Médico
Ministério da Previdência e Assistência Social
Brasília, DF

16 — ALCEDO GOMES DA SILVA
Médico
Coordenadoria Regional de Saúde do Sudeste
Brasília DF

17 — ALCENI ANGELO GUERRA
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Curitiba, PR

18 — ALCEU FONTANA PACHECO JÚNIOR
Médico
Prefeitura Municipal
Curitiba, PR

19 — ALCEU VICENTE WIGHTMAN DE CARVALHO
Médico
Fundação IBGE
Rio de Janeiro, RJ

20 — ALDIR HENRIQUE SILVA
Odontólogo-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

21 — ALDO VILLAS BOAS
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

22 — ALENCAR FERREIRA DA COSTA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Campo Grande, MS

23 — ALFREDO SCHECHTMAN
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

24 — ALM I R JOSR DE OLIVEIRA GABRIEL
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Belém, PA

25 — ALMIR SANTOS PINTO
Médico
Comissão de Saúde do Senado Federal
Brasília, DF

26 — ALOYSIO PEREIRA LIMA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
João Pessoa, PB

27 — ALTAMIRO ALVERNAZ FILHO
Médico
Instituto Nacional da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

28 — ALVARO JOSÉ DE PINHO SIMÕES
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Brasília, DF

29 — ALVARO URIBE
Médico
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

30 — AMARO LUIZ ALVES
Técnico de Administração
Ministério da Saúde
Brasília, DF

31 — AMAURY TEÓFILO BRASIL
Médico
Ministério da Saúde
Fortaleza, CE

32 — ANA LUCIA GALINKIN
Psicóloga
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico
Brasília, DF

33 — ANA MARIA BARATA
Socióloga
Ministério do Interior
Brasília, DF

34 — ANA MARIA COSTA
Médica-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

35 — ANA PELLIANO
Economista
Instituto de Planejamento Econômico e Social
(IPEA)
Secretaria de Planejamento da Previdência da
República
Brasília, DF

36 — ANDRÉ LUIZ DUMONT
FLECHA
Cirurgião-Dentista
Ministério da Educação e Cultura
Brasília, DF

37 — ÂNGEL ANTÔNIO DEL
ARROYO
Médico
Federação Brasileira de Hospitais
Rio de Janeiro, RJ

38 — ANGELO CÓL
Médico
Prefeitura Municipal
Curitiba, PR

39 — ANGELO JOSÉ COLOMBO
Farmacêutico-Bioquímico
Conselho Federal de Farmácia
São Paulo, SP

40 — ANITA HIRSZMAN
Psicóloga
Fundação Movimento Brasileiro
de Alfabetização
Rio de Janeiro, RJ

41 — ANTÔNIA SÉVE DE AZEVÊDO
Enfermeira
Coordenadoria Regional de Saúde do Sul
Brasília, DF

42 — ANTONIO AGENOR BRIQUET
DE LEMOS
Professor
Ministério da Saúde
Brasília, DF,

43 — ANTONIO DE ALBUQUERQUE
ALVES
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Maceió, AL

44 — ANTONIO CARLOS DE
AZEVEDO
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

45 — ANTONIO CARNEIRO ARNAUD
Médico
Comissão de Saúde da Câmara dos
Deputados
Brasília, DF

46 — ANTONIO HADADE
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da
Previdência Social
São Luís, MA

47 — ANTONIO JOSÉ DE SOUZA MACHADO
Médico
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília, DF

48 — ANTONIO MONTEIRO
Médico-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

49 — ANTONIO OSVALDO NUNES COUTINHO
Nutricionista
Instituto Nacional de Alimentação e
Nutrição
Brasília, DF

50 — ANTONIO RODRIGUES RIBEIRO
Engenheiro
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

51 — ANTONIO RUFINO SOBRINHO
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Teresina, PI

52 — ANTONIO VESPASIANO RAMOS
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
São Luis, MA

53 — APARECIDA MARIA JESUINO
DE SOUZA RENDANO
Enfermeira
Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
Brasília, DF

54 — ARCHIBALDO DALTRO BARRETO FILHO
Medico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

55 — ARCHIMEDES GUIMARAES DE CASTRO
Médico-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

56 — ARIDIO FERNANDES MARTINS JUNIOR
Militar
Ministério da Saúde
Brasília, DF

57 — ARILDA DE SAO SABBAS PUCU
Enfermeira
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

58 — ARISTEL GOMES BORDINI FAGUNDES
Jornalista-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

59 — ARLINDO FABIO GOMEZ DE SOUZA
Sociólogo
Escola Nacional de Saúde Publica
Rio de Janeiro, RJ

60 — BENEDICTUS PHILADELPHO DE SIQUEIRA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Belo Horizonte, MG

61 — BENEDITO SOARES DE LYRA PESSOA
Dentista
Secretaria de Estado da Saúde
São Luis, MA

62 — BERTOLDO KRUSE GRANDE DE ARRUDA
Médico
Instituto Nacional de Alimentação e
Nutrição
Brasília, DF

63 — BICHAT DE ALMEIDA RODRIGUES
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

64 — BOLIVAR BASTOS GONÇALVES
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Fortaleza, CE

65 — CARLOS ALBERTO ALLGAYER
Advogado
Ministério da Previdência e Assistência Social
Brasília, DF

66 — CARLOS ALBERTO FARIAS TAVARES DE MELO
Médico
Fundação Nacional do Índio
Brasília, DF

67 — CARLOS ALBERTO SAMPAIO PEREIRA
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Salvador, BA

68 — CARLOS ALFREDO MARCÍLIO DE SOUZA
Médico
Ministério da Educação e Cultura
Brasília, DF

69 — CARLOS DÁCIO PEREIRA DE ARAUJO
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Curitiba, PR

70 — CARLOS DÁVILA
Médico
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasilia, DF

71 — CARLOS EDUARDO PEREIRA CORBETI'
Médico
Financiadora de Estudos e Projetos
Rio de Janeiro, RJ

72 — CARLOS FRANÇA BALLESTÉ
Médico
Estado-Maior da Aeronáutica
Brasília, DF

73 — CARLOS GENTILE DE MELLO
Médico
Rio de Janeiro,

74 — CARLOS JOSÉ MANGABEIRA DA SILVA
Médico-Sanitarista Coordenadoria Regional de Saúde da Amazonia
Manaus, AM

75 — CARLYLE GUERRA DE MACEDO
Médico
Organizaçho Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

76 — CÉLIA TRASEL
Médica
Secretaria de Estado da Saúde
Macapá, AP

77 — CESAR VAZ DE CARVALHO
Médico
Instítuto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Salvador, BA

78 — CHARLES NAMAN DAMIAN
Médico
Federação Nacional dos Médicos
Rio de Janeiro, RJ

79 — CICERO ADOLPHO DA SILVA
Médico
Ministério da Educação e Cultura
Brasília, DF

80 — CLARICE FERRARINI
Enfermeira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
São Paulo, SP

81 — CLAUDIO DELANO TEIXEIRA NERY
Médico
Coordenadoria Regional de Saúde do Nordeste
Brasilia, DF

82 — CLAUDIO JOSÉ ALLGAYER
Médico
Federação Brasileira de Hospitais
Rio de Janeiro, RJ

83 — CLODIS MARIA TAVARES MORAIS
Enfermeira
Ministério da Saúde
Brasília, DF

84 — CLÓVIS EMÍLIO FALCÃO HABIBE
Bacharel em Letras
Ministério da Saúde
Brasília, DF

85 — CORIOLANO CALDAS SILVEIRA DA MOTA
Médico
Universidade Federal do Paraná
Curitiba, PR

86 — CYRO COIMBRA DE RESENDE
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Brasília, DF

87 — DAISÊ PINHO VECHI
Enfermeira-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasilia, DF

88 — DARCY VIEIRA FRANCO
Enfermeira-Sanitarista
Coordenadoria Regional de Saúde do
Centro-Oeste
Brasilia, DF

89 — DARIO DE FARIA TAVARES
Médico
Câmara dos Deputados
Belo Horizonte, MG

90 — DAUQUIR ASSUNÇAO NUNES GOMES
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

9I — DAVID P. HAXTON
Representante do UNICEF
UNICEF
BrasíLia, DF

92 — DELIO MENEZES SENNA
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Goiânia, GO

93 — DINARTE DE MEDEIROS MARIZ JUNIOR
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Natal, RN

94 — DIOGO LORDELLO DE MELLO
Professor
Instituto de Administração Municipal
Rio de Janeiro, RJ

95 — DJALMA ANTONINO DE OLIVEIRA
Médico
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros
Recife, PE

96 — EDELBERTO LUIZ DA SILVA
Advogado
Ministério da Saúde
Brasilia, DF

97 — EDISON TEIXEIRA BARBOSA
Médico
Secretaria Municipal de Saúde e
Assistência Social
Salvador, BA

98 — EDMILSON FRANCISCO DOS REIS DUARTE
Odontólogo
Ministério da Saúde
Brasilia, DF

99 — EDMUNDO CALDEIRA BRANT
Médico
Ministério da Saúde
Belo Horizonte, MG

100 — EDMUNDO JUAREZ
Médico
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
São Paulo, SP

101 — EDMUR FLÁVIO PASTORELO
Médico-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Brasilia, DF

102 — EDNELSON PEREIRA
Psicólogo
Ministério da Saúde
Brasilia, DF

103 — EDUARDO AUGUSTO PEREIRA BRAGA
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Belém, PA

104 — EDUARDO DE MELLO KÉRSTESZ
Economista
Instituto de Planejamento da Secretaria de Planejamento da Presidência da República
Brasilia, DF

105 — EDUARDO LEVINDO COELHO
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Belo Horizonte, MG

106 — EDUARDO ROBERTO SOBRAL E FARIAS
Economista
Secretaria de Estado da Saúde
Aracaju, SE

107 — EDUARDO VILHENA-LEITE
Médico
Associação Brasileira de Educação Médica
Rio de Janeiro, RJ

108 — EDVARDO MACEDO
Odontólogo
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
Recife, PE

109 — EGON LUIZ DAXBACHER
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

110 — ELIA TIE KOTAKA
Médica
Conselho Nacional de Saúde
Brasília, DF

111 — ELOADIR PEREIRA DA ROCHA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Rio de Janeiro, RJ

112 — ELPIDIO TANCREDO KNABBEN
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Florianópolis, SC

113 — ELSA MARGARITA MORENO
Médica
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasilia, DF

114 — ELSA RAMOS PAIM
Enfermeira
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, RJ

115 — ELZA FERREIRA DOS SANTOS
Contadora
Ministério da Saúde
Brasília, DF

116 — ENIO ANTONIO MARQUES PEREIRA
Médico-Veterinário
Secretaria Nacional de Defesa Agropecuária
Brasilia, DF

117 — ENIO PILLA
Médico
Secretaria da Saúde e Serviço Social
Porto Alegre, RS

118 — ENOS VITAL BRAZIL
Médico-Veterinário
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, RJ

119 — ENRIQUE RIVERO ORTIZ
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

120 — ERASMO CELESTINO DOS SANTOS
Técnico de Administração
Ministério da Saúde
Brasília, DF

121 — ERIC JENNER ROSAS
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

122 — ERMENGARDA MARIANA JOHANSEN DE FARIA ALVIM
Enfermeira
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

123 — ERNANI GUILHERME FERNANDES DA MOTTA
Médico
Coordenadoria Regional de Saúde da Amazônia
Brasília, DF

124 — ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA
Médico
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, RJ

125 — ERNESTO DE PINHO PESSOA
Médico
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza, CE

126 — ESTHER DE REZENDE BUSSMANN
Assistente Social
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Brasília, DF

127 — EUCLIDES SANTA CRUZ OLIVEIRA
Médico
Ministério das Relações Exteriores
Brasília, DF

128 — EUDES FERNANDES DE ANDRADE
Médico
Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
Brasília, DF

129 — EURIVALDO SAMPAIO DE ALMEIDA
Médico
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
São Paulo, SP

130 — EVALDO DE OLIVEIRA
Farmacêutico
Academia Nacional de Farmácia
Rio de Janeiro, RJ

131 — EVELYN MARAVALHAS DE CAMPOS
Médica-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Brasília, DF

132 — FERNANDO ALBERTO FREIRE
Jornalista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

133 — FERNANDO AUGUSTO PEIXOTO DE FIGUEIREDO
Médico
Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
Rio de Janeiro,RJ

134 — FERNANDO JOSÉ PEREIRA GOMES
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

135 — FERNANDO MOLINOS PIRES FILHO
Cirurgião-Dentista
Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente
Porto Alegre, RS

136 — FERNANDO NAGIB JARDIM
Farmacêutico
Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
Rio de Janeiro, RJ

137 — FERNANDO PEÇANHA DE VASCONCELOS
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
João Pessoa, PB

138 — FERNANDO PROENÇA DE GOUVÊA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
São Paulo, SP

139 — FERNANDO SARMENTO PLECH
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Cuiabá, MT

140 — FERNANDO VASCONCELLOS THEOPHILO
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

141 — FLAVIO LUIZ AMORIM WIENER
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

142 — FLORENTINO DANIEL GARCIA
Médico
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

143 — FRANCISCO ANTONÁCIO
Médico
Delegacia Federal de Saúde
São Paulo, SP

144 — FRANCISCO DE ASSIS AGUIAR MORAIS
Médico-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

145 — FRANCISCO CRUZ BARBOSA LOPES
Técnico de Administraçao
Ministério da Educação e Cultura
Brasília, DF

146 — FRANCISCO GUIMARAES ROLLEMBERG
Médico
Comissão de Saúde da Câmara dos
Deputados
Brasília, DF

147 — FRANCISCO MOZARILDO DE MELO
CAVALCANTI
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Boa Vista, RO

148 — FRANCISCO DE PAULA CASTRO NETO
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Manaus, AM

149 — FRANCISCO SALAZAR
Administrador
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

150 — FRANZ RULLI COSTA
Médico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

151 — FREDERICO ADOLFO SIMÕES BARBOSA
Médico
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília
Brasília, DF

152 — FRIEDRICH JOACHIM PERCY TEMPEL
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Porto Alegre, RS

153 — GABRIEL CEDRAZ NERY
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Salvador, BA

154 — GABRIEL MORAES MOYSRS
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

155 — GÉLIO MARTINS FARIA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Vitória, ES

156 — GERALDO FERNANDES PIGNATON
Médico
Sindicato dos Médicos do Espírito Santo
Vitória, ES

157 — GERALDO RIBEIRO PINTO
Médico
Fundação das Pioneiras Sociais
Rio de Janeiro, RJ

158 — GERALDO RODRIGUES GUIMARAES
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Brasília, DF

159 — GERMANO GERHARDT FILHO
Médico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

160 — GERMANO MOSTARDEIRO BONOW
Médico
Secretaria de Saúde e Meio Ambiente
Porto Alegre, RS

161 — GERSON NORONHA FILHO
Médico
Fundação Movimento Brasileiro de
Alfabetização
Rio de Janeiro, RJ

162 — GILBERTO FERREIRA FOSSATI
Cirurgião-Dentista
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, RS

163 — GUILARDO MARTINS ALVES
Médico
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, RJ

164 — HABID FAED
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Campo Grande, MS

165 — HARRI VALDIR GRAEFF
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

166 — HÉLIO FRAGA
Médico
Hospital Universitário da Universidade Federal
do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

167 — HÉLIO GUIMARAES DE MATTOS
Médico-Veterinário
Ministério da Saúde
Brasília, DF

168 — HÉLIO SALVADOR ARÊAS
Médico
Fundação Serviço Hospitalar Governador
Valadares
Governador Valadares, MG

169 — HELVÉCIO LEAL SANTOS
Contador
Secretaria Nacional de Ações Básicas de
Saúde
Brasília, DF

170 — HELY BRANDI VIEIRA
Técnico de Administração
Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
Brasília, DF

171 — HERALDO RAMOS DE ANDRADE LIMA
Médico
Prefeitura Municipal
Recife, PE

172 — HESIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO
Médico
Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

173 — HILDEBERG BELO RODRIGUES
Médico
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Belém, PA

174 — HILTON BARROSO MENDONÇA COSTA
Médico
Fundação Hospitalar do Distrito Federal
Brasília, DF

175 — HILTON BRANT MACHADO
Médico
Prefeitura Municipal
Belo Horizonte, MG

176 — HITOMI HAYASHIDA
Médico-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

177 — HORTENCIA HURPIA DE HOLLANDA
Educadora em Saúde Pública
Ministério da Saúde
Brasília, DF

178 — HUGO COELHO BARBOSA TOMASSINI
Médico
Prefeitura Municipal
Niterói, RJ

179 — HUGO LEOPOLDO SOARES CAMPOS
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Cuiabá, MT

180 — HUMBERTO DANTAS GURGEL
Médico
Secretaria de Saúde Pública
Natal, RN

181 — HUMBERTO FASANARO
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Natal, RN

182 — HUMBERTO LEAL VIEIRA
Técnico de Administração
Ministério da Saúde
Brasília, DF

183 — HUMBERTO MACARIO DE BRITO
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Fortaleza, CE

184 — HUMBERTO TORLONI
Médico
Ministério da Previdência e Assistência Social
Brasília, DF

185 — IÊDA ERSE CAMPOS
Médica
Secretaria de Estado da Saúde
Porto Velho, RO

186 — INOCÊNCIO GOMES DE OLIVEIRA
Médico
Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados
Brasília, DF

187 — IRACI AFONSO DE MOURA
Assistente Social
Ministério da Agricultura
Brasília, DF

188 — ISABEL DOS SANTOS
Enfermeira
Ministério da Saúde
Brasília, DF

189 — JACKSON SEMERENE COSTA
Médico-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

190 — JADER AMORA DE ASSIS REPUBLICANO
Engenheiro
Superintendência de Campanhas de
Saúde Pública
Brasília, DF

191 — JAEDER SOARES
Médico
Ministério da Saúde
Vitória, ES

192 — JAIRNILSON PAIM
Médico
Universidade Federal da Bahia
Salvador, BA

193 — JAIRO COUTO DELGADO
Médico
Secretaria de Bem-Estar Social
Juiz de Fora, MG

194 — JESUS VIANA DO MONTE
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio Branco, AC

195 — JOÃO ANTONIO NICOLAU DE TOLENTINO BECKER
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

196 — JOÃO AUDIFAX CEZAR DE ALBUQUERQUE
Dentista
Coordenadoria Regional de Saúde do Sul
Brasília, DF

197 — JOÃO BAPTISTA DE LIMA FILHO
Nutricionista
Instituto Nacional de Alimentação
e Nutrição
Brasília, DF

198 — JOÃO BAPTISTA MAGRO FILHO
Médico
Secretaria de Saúde de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG

199 — JOÃO BAPTISTA RISI JUNIOR
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

200 — JOÃO CARLOS SERRA
Médico
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

201 — JOÃO DA CRUZ CARVALHO
Médico
Associação Médica Brasileira
Brasília, DF

202 — JOÃO GILVAN ROCHA
Médico
Senado Federal
Brasília, DF

203 — JOÃO LIMA FILHO
Médico-Sanitarista
Superintendência de Campanhas de
Saúde Pública
Brasília, DF

204 — JOÃO SANDOLIN
Engenheiro de Alimentos Campanha Nacional
de Alimentação Escolar
Brasília, DF

205 — JOÂO SEMEÃO DORNELAS
Médico
Superintendência do Desenvolvimento do
Nordeste
Recife, PE

206 — JOÃO VELOSO
Médico
Diretoria de Saúde do Exército
Brasília, DF

207 — JOAQUIM DE CASTRO FILHO
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

208 — JOAQUIM COSTA PINTO DANTAS
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

209 — JOFRAN FREJAT
Médico
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília, DF

210 — JORGE ANTONIO ZEPEDA BERMUDEZ
Médico
Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
Brasília, DF

211 — JORGE AUGUSTO NOVIS
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Salvador, BA

212 — JORGE OSSANAI
Médico
Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente
Porto Alegre, RS

213 — JOSÉ AGENOR ALVARES DE SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

214 — JOSÉ AGRIPINO MENDES
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

215 — JOSÉ ALBERTO HERM6GENES DE SOUZA
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

216 — JOSÉ AIRES DE CASTRO
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Fortaleza, CE

217 — JOSÉ DE ALENCAR CARDOSO NETO
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Aracaju, SE

218 — JOSÉ ALMIR FARIAS DE SOUZA
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Fortaleza, CE

219 — JOSÉ BERNARDES NETO
Médico
Secretaria de Saúde e Serviço Social
Maceió, AL

220 — JOSÉ BESERRA PEDROSA
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Macapá, AP

221 — JOSÉ CANDIDO DE ALMEIDA VIEIRA
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Maceió, AL

222 — JOSÉ CARLOS SEIXAS
Médico-Sanitarista
Secretaria de Estado da Saúde
São Paulo, SP

223 — JOSÉ CARLOS VALENTE
Médico-Nutrólogo
Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
Brasília, DF

224 — JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
Médico
Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro, RJ

225 — JOSE DE CASTRO COIMBRA
Médico
Comissão de Saúde da Câmara
dos Deputados
Brasília, DF

226 — JOSE DA COSTA ALMEIDA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
São Luís, MA

227 — JOSE FRANCISCO NOGUEIRA
PARANAGUÁ DE SANTANA
Médico
Organização Pan-Americana
da Saúde
Brasília, DF

228 — JOSE GLADSTONE FERREIRA
BRANT
Médico
Fundação das Pioneiras Sociais
Belo Horizonte, MG

229 — JOSE LUIS PEREZ RODRIGUES
Médico
Fundação de Saúde Amaury de
Medeiros
Recife, PE

230 — JOSE MACHADO DE SOUZA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Aracaju, SE

231 — JOSE MARIA BALDINO
Sociólogo
Secretaria de Estado da Saúde
Goiânia, GO

232 — JOSE NATAL BARBOSA
Funcionário Público
Fundação Projeto Rondon
Brasília, DF

233 — JOSE RICARDO AZEVEDO
BRASIL
Administrador de Empresas
Ministério da Saúde
Brasília, DF

234 — JOSE RODRIGUES LOPES
Médico
Secretaria de Saúde Pública
São Luís, MA

235 — JOSE DA SILVA GUEDES
Médico-Sanitarista
Secretaria de Estado da Saúde
São Paulo, SP

236 — JOSE SOARES DE FIGUEIREDO
Médico
Delegacia Federal de Saúde
João Pessoa, PB

237 — JOSE TAQUARUSSÚ FIUSA LIMA
Médico
Superintendência de Campanhas
de Saúde Pública
Brasília, DF

238 — JOSICELLI FREITAS
Médico
Centro Médico de Brasília,
Brasília, DF

239 — JUAREZ LOPES HAUSSEN
Funcionário Público
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

240 — JUDITH FEITOZA DE CARVALHO
Enfermeira
Secretaria Nacional de Ações
Básicas de Saúde
Brasília, DF

241 — JULIO BURBANO-DIAGO
Engenheiro-Sanitário
Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

242 — JULIO SERAFIM MUNARO
Sacerdote
Conferência Nacional dos Bispos do
Brasil
São Paulo, SP

243 — KOSHIRO OTANI
Médico
Fundação Jorge Duprat
Figueiredo
de Segurança e Medicina do
Trabalho
São Paulo, SP

244 — LABIB MURAD
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Rio Branco, AC

245 — LEA FERREIRA CAMILLO COURA
Medica
Convênio Fundação Oswaldo Cruz
— Universidade Federal do
Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

246 — LENIRA MENDES GOMIDES
Médica
Secretaria de Estado da Saúde
Manaus, AM

247 — LEONIDAS FERREIRA
Médico
Secretaria de Saúde Pública
Natal, RN

248 — LEONILDO ALDEMIR WINTER
Químico-Farmacêutico
Central de Medicamentos
Brasília, DF

249 — LIA CELI FANUCK
Advogada
Ministério da Saúde
Brasília, DF

250 — LYGIA PAIM
Enfermeira
Universidade Federal do
Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

251 — LINDALVA BACELLAR LIMA
Médica
Ministério da Saúde
Brasília, DF

252 — LUCIANA MARIA RIBEIRO DA
SILVA
Secretária Particular do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília, DF

253 — LUCIANO WAGNER RIBEIRO
REIS
Médico
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

254 — LUIZ CARLOS CERCAL
BLASCH
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Manaus, AM

255 — LUIZ CARLOS PELIZARI
ROMERO
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

256 — LUIZ FELIPE MOREIRA LIMA
Médico
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

257 — LUIZ FLÁVIO FIGUEIREDO DE
LIMA
Médico
Secretaria de Estado de
Saúde Pública Belém, PA

258 — LUIZ HUMBERTO DE CARVALHO
PEREIRA
Médico-Sanitarista
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

259 — LUIZ MÁRIO MAMEDE
PINHEIRO
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Fortaleza, CE

260 — LUIZ TORREÃO BRAZ
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Brasília, DF

261 — LUIZA SERAVALLE
Enfermeira-Sanitarista
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
São Paulo, SP

262 — MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO
Secretário-Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde
Florianópolis, SC

263 — MANOEL DA COSTA SOUZA
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Rio Branco, AC

264 — MANOEL ETELVINO DA CUNHA NETO
Farmacêutico
Superintendência de
Campanhas de Saúde
Pública
Brasília, DF

265 — MANOEL HUF
Médico
Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro, RJ

266 — MANORALDINO JOSÉ SOARES
Médico
Instituto Nacional da
Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

267 — MARA LUCIA BARBOSA CARNEIRO
Engenheira
Ministério da Saúde
Brasília, DF

268 — MARCO ANTONIO FIORI Médico
Secretaria de Estado da Saúde e do
Bem-Estar Social
Curitiba, PR

269 — MARCOS ANTONIO ARANHA DE MACEDO
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
João Pessoa, PB

270 — MARCOS ANTONIO SOARES PORTO
Médico
Superintendência de Campanhas
de Saúde Pública
Brasília, DF

271 — MARCOS BELLAGAMBA
Estatístico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

272 — MARCUS VINICIUS MORENO DOS SANTOS
Economista
Secretaria de Estado
da Saúde
Fortaleza, CE

273 — MARIA AGLAIE BANDEIRA DA COSTA
Enfermeira
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

274 — MARIA APPARECIDA NOGUEIRA
Funcionária Pública
Ministério da Saúde
Brasília, DF

275 — MARIA DO CARMO COSTA VELOSO SANTOS
Nutricionista
Secretaria Nacional de
Vigilância Sanitária
Rio de Janeiro, RJ

276 — MARIA DOLORES PAES DA SILVA
Odontóloga
Fundação de Saúde Amaury Medeiros
Recife, PE

277 — MARIA DULCE PONTES SODRÉ CARDOSO
Psicóloga
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Brasília, DF

278 — MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS
Socióloga
Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República
Brasília, DF
TAVARES DOS SANTOS
Médica

279 — MARIA DO ESPÍRITO SANTO
Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
Rio de Janeiro, RJ

280 — MARIA DE FÁTIMA DE PAULA PESSOA COSTA
Economista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

281 — MARIA FRANCISCA TEREZA VIANA COSTA
Médica
Universidade Federal de Pernambuco
Recife, PE

282 — MARIA GIOVANI MORAIS BRASIL
Enfermeira
Delegacia Federal de Saúde
Teresina, PI

283 — MARIA HELENA DE OLIVEIRA BOTTONA
Médica
Secretaria de Estado da Saúde
Cuiabá, MT

284 — MARIA HELENA SAGGIN GRUBER
Estatística
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

285 — MARIA JALMA RODRIGUES SANTANA DUARTE
Enfermeira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ

286 — MARIA DAS MERCÊS PONTES LIMA CUNHA
Médica
Secretaria de Estado da Saúde
Recife, PE

287 — MARIA NEVES DA COSTA MÚSSIO
Enfermeira
Secretaria de Estado da Saúde
Macapá, AP

288 — MARIA SAIDE RODRIGUES BIANCHINI
Professora
Fundação Movimento Brasileiro de Alfabetização
Rio de Janeiro, RJ

289 — MARÍLIA MAFALDA DE PAULA MARINHO
Técnica de Administração
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

290 — MARINALVA RODRIGUES AGUIAR
Enfermeira-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

291 — MARINON PORTO
Cirurgião-Dentista
Secretaria da Saúde e do Meio
Ambiente
Porto Alegre, RS

292 — MÁRIO AUGUSTO PINTO DE MORAES
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

293 — MARIO DE MAGALHÃES CHAVES
Médico
Fundação Kellog
Brasília, DF
Rio de Janeiro, RJ

294 — MARIO SERRAT RODRIGUES
Médico
Ministério da Marinha
Rio de Janeiro, RJ

295 — MARLOW KWITKO
Médico
Ministério da Previdência
e Assistência Social
Brasília, DF

296 — MARY DAYSE KINZO
Assistente Social
Superintendência do Desenvolvimento
da Região Centro-Oeste
Brasília, DF

297 — MAURICIO GOMES PEREIRA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Brasília, DF

298 — MAURO CARMÉLIO SANTOS COSTA
Médico-Sanitarista
Secretaria de Estado da Saúde
Teresina, PI

299 — MILTON MACHADO
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica
da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

300 — MILTON MARTINS MORAES
Médico
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

301 — MILTON MIRANDA SOARES
Cirurgião-Dentista
Secretaria de Estado da Saúde
Campo Grande, MS

302 — MIREN SONIA ARAIZ MOULIAN
Economista
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

303 — MIRIAM BRAGA DE SOUZA
Socióloga
Coordenadoria Regional de Saúde do Sul
Brasília, DF

304 — MIRIAM SETTE
Farmacêutica-Bioquímica
Ministério da Previdência e
Assistência Social
Brasília, DF

305 — MITSUO LUIZ COUTO DAIMA
Economista
Secretaria de Estado da Saúde
Campo Grande, MS

306 — MOACYR JAIME SCLIAR
Médico
Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente
Porto Alegre, RS

307 — MOACYR RIBEIRO DE LYRA
Médico
Estado-Maior das Forças Armadas
Brasília, DF

308 — MOZART DE ABREU E LIMA
Odontólogo — Administrador
Secretário-Geral
Ministério da Saúde
Brasília, DF

309 — MURILLO BASTOS BELCHIOR
Médico
Conselho Federal de Medicina
Rio de Janeiro, RJ

10 — NATHANAEL RAUTA RAMOS
Médico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

311 — NELSON IBANEZ
Médico
Sindicato dos Médicos de São Paulo
São Paulo, SP

312 -- NEREIDE AMADEO HERRERA
Assistente Social
Ministério da Saúde
Brasília, DF

313 — NEWTON MARQUES DA SILVA
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica
da Previdência Social
Florianópolis, SC

314 — NEY MACHADO
Cardiologista
Fundação das Pioneiras Sociais
Rio de Janeiro, RJ

315 — NILDO EIMAR DE ALMEIDA AGUIAR
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica
da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

316 — NILSON DOS SANTOS DE
FREITAS GUIMARÃES
Médico-Sanitarista
Sociedade Brasileira de Higiene
Rio de Janeiro, RJ

317 — NORBERTO DE CASTRO
NOGUEIRA FILHO
Médico
Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa, PB

318 — OCTAVIO MENDES DE OLIVEIRA
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

319 — ODENIR PEREIRA DE FARIA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Macapá AP

320 — OLMAR SALLES DE LIMA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
São Paulo, SP

321 — OLYMPIO BANDEIRA
DA SILVA CASCAES
Técnico de Administração
Ministério da Saúde
Brasília, DF

322 — ORLANDO JOSE DE PAIVA ONOFRE
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Recife, PE

323 — ORLANDO RIBEIRO GONÇALVES
Médico
Central de Medicamentos
Brasília, DF

324 — OSCAR ALVES
Médico
Secretaria de Estado da Saúde e
do Bem-Estar Social
Curitiba, PR

325 — OSMIR LUIZ OLIVEIRA
Cirurgião-Dentista
Conselho Federal de Odontologia
Rio de Janeiro, RJ

326 — OSWALDO MARTINS REIS
Médico
Secretaria de Planejamento da
Presidência da República
Brasília, DF

327 — OTÁVIO CLEMENTINO DE
ALBUQUERQUE
Odontólogo
Ministério da Saúde

328 — OTTO BENAR RAMOS DE
FARIAS
Técnico de Administração
Secretaria de Estado da Saúde
Recife, PE

329 — PAULO AMARAL LOPES
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Aracaju, SE

330 — PAULO CHAGAS TELLES
SABROZA
Médico
Escola Nacional de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

331 — PAULO DE BARROS LYRA
Médico
Coordenadoria Regional de Saúde do Sul
Brasília, DF

332 — PAULO JOSÉ DA COSTA MARIZ
Médico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

333 — PAULO SÉRGIO MACHADO
Administrador
Ministério da Saúde
Brasília, DF

334 — PEDRO AUGUSTO TIMBÓ
CAMELO
Médico
Prefeitura Municipal
Fortaleza, CE

335 — PEDRO CALDAS DA CUNHA
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Rio de Janeiro, RJ

336 — PEDRO LUIZ TAUIL
Médico
Superintendência de Campanhas
de Saúde Pública
Brasília, DF

337 — PLINIO TEOFILO DE AGUIAR
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

338 — PROPICIO CALDAS FILHO
Médico
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

339 — RAIMUNDO ALDO MARTINS
TAVARES
Médico-Sanitarista
Secretaria de Saúde Pública
Rio Branco, AC

340 — RAIMUNDO MOREIRA DE
OLIVEIRA
Médico
Secretaria de Estado de Saúde
Rio de Janeiro, RJ

341 — RAIMUNDO NONATO MEDEIROS
Médico
Delegacia Federal de Saúde
São Luís, MA

342 — RAIMUNDO TARCÍSIO MACEDO
Advogado-Sanitarista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

343 — RAIMUNDO TELES PONTES
Economista
Ministério da Saúde
Brasília, DF

344 — RAYNERO DE CARVALHO MAROJA
Médico
Delegacia Federal de Saúde
Belém, PA

345 — REINALDO JOSÉ DE CASTRO
Assessor-Técnico
Companhia Brasileira de Alimentos
Brasília, DF

346 — RENATO BATTAGLIA
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

347 — RENATO BOTTO DANTAS
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Recife, PE

348 — RICARDO DE FREITAS SCOTTI
Bioquímico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

349 — ROBERTO AUGUSTO BECKER
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

350 — ROBERTO PASSOS NOGUEIRA
Médico
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, DF

351 — ROGÉRIO AMÉRICO NONATO SOUZA
Médico
Instituto Nacional de- Assistência
Médica da Previdência Social
Vitória, ES

352 — ROMERO BEZERRA BARBOSA
Médico
Secretaria Nacional de Programas
Especiais de Saúde
Brasília, DF

353 — ROMILDO DOMINGUES DE
MELO
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
João Pessoa, PB

354 — ROSA PAVONE PIMONT
Educadora de Saúde Pública
Divisão Nacional de Educação
em Saúde
Brasília, DF

355 — ROSELY CERQUEIRA DE
OLIVEIRA
Médica
Secretaria de Saúde do Distrito
Federal
Brasília, DF

356 — RUBENS DE BARAÚNA
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Macapá, AP

357 — RUBENS DA SILVEIRA BRITTO
Médico
Superintendência do Desenvolvimento
da Amazônia
Belém, PA

358 — SAMUEL CERQUEIRA DE
OLIVEIRA
Médico-Sanitarista
Delegacia Federal de Saúde
Salvador, BA

359 — SAMUEL SPENER
Sociólogo
Secretaria de Estado da Saúde
Porto Velho, RO

360 — SAUL TAVARES DE MELO
Médico-Sanitarista
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Brasília, DF

361 — SEBASTIÃO A. LOUREIRO
Medico
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia
Salvador, BA

362 — SEBASTIÃO CABRAL
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Vitória, ES

363 — SEBASTIÃO EDUARDO DO LAGO CRUZ
Assessor do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília, DF

364 — SEBASTIÃO DE MORAES
Médico
Prefeitura Municipal
Campinas, SP

365 — SÉRGIO PEREIRA
Cirurgião-Dentista
Secretaria de Educação e Cultura
Brasília, DF

366 — SERGIO PIOLA
Médico
Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República
Brasília, DF

367 — SERGIO RAYMUNDO NEGRÃO DE SOUZA FRANCO
Médico
Fundação Serviços de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

368 — SILVIO RUBENS BARBOZA DA CRUZ
Médico
Secretaria de Estado da Saúde
Rio de Janeiro, RJ

369 — SOLON MAGALHÃES VIANNA
Cirurgião-Dentista
Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República
Brasília, DF

370 — SONIA DAHER
Enfermeira
Ministério da Previdência e Assistência Social
Brasília, DF

371 — SONIA LÚCIA DOS REIS ALVES
Enfermeira
São Paulo, SP

372 — SUSANA ESTHER BADINO
Médica
Programa de Estudos Avançados em Administração Pública para o Setor Saúde — Fundação Getúlio Vargas
Rio de Janeiro, RJ

373 — SYLVAIN N. LEVY
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

374 — SZACHNA ELIASZ CYNAMON
Engenheiro
Escola Nacional de Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

375 — TÂNIA CELESTE MATOS NUNES
Nutricionista-Sanitarista
Fundação de Saúde do Estado da Bahia
Salvador, BA

376 — TERESINHA BEZERRA FURTADO
Nutricionista
Conselho Federal de Nutricionista:
Brasília, DF

377 — THEREZINHA ALBERTINA LYNIO DO PATROCINIO
Enfermeira
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Brasília, DF

378 — THEREZINHA DINIZ
Nutricionista
Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural
Brasília, DF

379 — THEREZINHA LINS DE ALBUQUERQUE
Psicóloga
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, DF

380 — THERSIO VENTURA
Médico
Secretaria de Higiene e Saúde
São Paulo, SP

381 — THOMAZ CAMANHO NETTO
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
São Paulo, SP

382 — UBALDO DANTAS
Médico
Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados
Brasília, DF

383 — UBIRATAN PEDROSA MOREIRA
Médico
Fundação de Saúde e Serviço Social
Maceió, AL

384 — ULYSSES CESAR DE MELO
Advogado
Ministério da Saúde
Brasília, DF

385 — VALDA LUZIA DE OLIVEIRA RAMALHO
Orientadora Educacional
Ministério da Saúde
Brasília, DF

386 — VALDIR BORTOLUZZI
Professor
Ministério da Saúde
Brasília, DF

387 — VALERIE RUMJANEK CHAVES
Professora
Ministério da Saúde
Brasília, DF

388 — VERA LUCIA ALMEIDA FORMIGLI
Médica
Fundação de Saúde do Estado da Bahia
Salvador, BA

389 — VINICIUS GUILHERME BERAO
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Porto Alegre, RS

390 — WALDEMIR OLAVARRIA DE PINHO
Médico
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Cuiabá, MT

391 — WALDER SURIANI
Engenheiro Civil e Sanitarista
Secretaria Especial do Meio Ambiente do Ministério do Interior
Brasília, DF

392 — WALDIR JOAO FERREIRA DA SILVA
Bioquímico
Delegacia Federal de Saúde
Boa Vista, RO

393 — WALDIR VIANA DAS NEVES
Odontólogo
Fundação Serviços da Saúde Pública
Rio de Janeiro, RJ

394 — WALDOMIRO COLAUTTI
Deputado Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
Florianópolis, SC

395 — WALTER PINHEIRO FILHO
Advogado
Ministério da Saúde
Brasília, DF

396 — WALTER JOAQUIM DOS SANTOS
Médico
Sociedade Brasileira de Nutrição
Rio de Janeiro, RJ

397 — WANDERLEI ANTONIO PIGNATI
Médico
Ministério da Saúde
Brasília, DF

398 — WANDERLEY GIRÃO MAIA JUNIOR
Médico
Caixa Econômica Federal
Brasília, DF

399 — WASSILY CHUC
Delegacia Federal de Saúde
Goiânia, GO

400 — WILSON ROCHA LIMA
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Belo Horizonte, MG

401 — YASSHUSHI YONESHIGUE
Médico
Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social
Rio de Janeiro, RJ

402 — ZILLER BISMARCK GOMES
Economiário
Caixa Econômica Federal
Brasília, DF